

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 174

Travail du Service de Dermato-Syphiligraphie
de l'Hôpital de l'Antiquaille (Professeur Agrégé J. GATÉ)

ESTOMAC ET DERMATOSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CALVET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Septembre 1914, à PERPIGNAN (Pyrénées-Orientales)



LYON

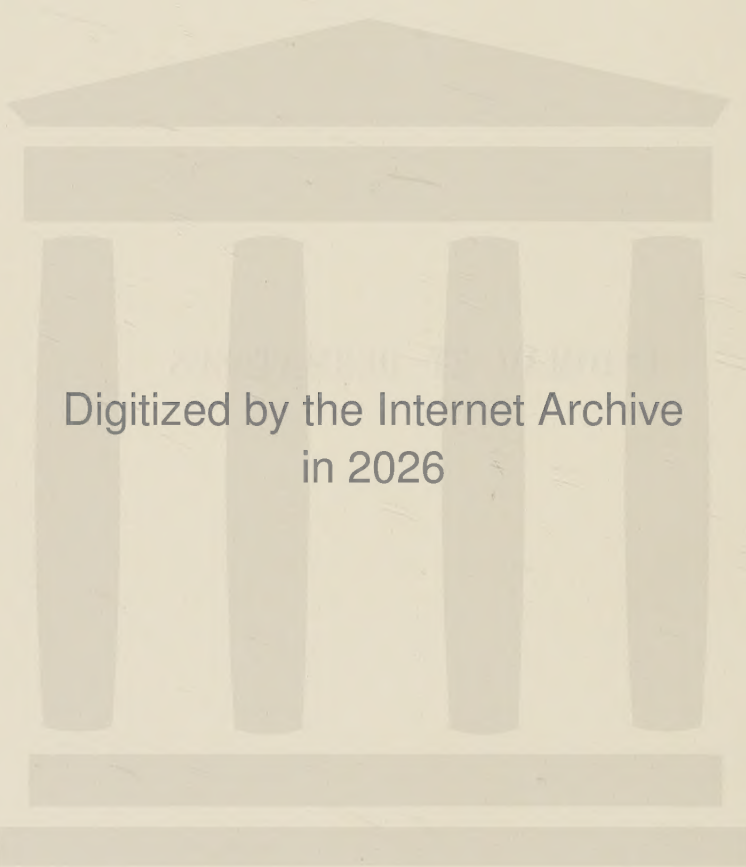
BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

ESTOMAC ET DERMATOSES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 174

Travail du Service de Dermato-Syphiligraphie
de l'Hôpital de l'Antiquaille (Professeur Agrégé J. GATÉ)

ESTOMAC ET DERMATOSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CALVET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 28 Septembre 1914, à PERPIGNAN (Pyrénées-Orientales)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. **CLUZE**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique urologique.....		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SAVY, président ; GATÉ, assesseur ;
DECHAUME et LEVRAT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

Ce n'est pas à l'aide de phrases que l'on peut exprimer des sentiments de reconnaissance et de tendresse devant les sacrifices quotidiens qu'elle a consentis pour son fils. C'est à elle seule que revient le mérite d'en avoir fait un médecin.

A MON FRERE

Son caractère affectueux et toujours droit, ses brillantes études furent pour nous un grand exemple.

ESTOMAC ET DERMATOSES

AVANT-PROPOS

Il m'est difficile en ce jour où l'étudiant se sent tout à coup vieilli en faisant place au docteur, de ne pas regarder en arrière et de me revoir arriver sous le ciel lyonnais par une sombre et froide après-midi d'automne. Espoirs et appréhensions du jeune étudiant au début d'une carrière médicale et militaire dans une ville inconnue, éloignée du Midi par beaucoup de différences. Et puis... cinq ans longs à venir, mais aussi courts à passer, et enfin terme de ses études, sous les conseils d'un patron, il va écrire son œuvre — certes trop impersonnelle car sa formation scientifique est limitée et trop imprégnée de « *laïus indigestes* » ; son style est trop déformé par une littérature médicale quotidienne peu encline à la poésie, mais qui à la réflexion est pleine néanmoins de philosophie devant les malheurs de la pauvre humanité. Au terme de ces vingt ans d'études passées sur les bancs de l'école primaire, du collège et de la Faculté, il se souviendra de tous ses maîtres, de ses amis, de ses parents qui en ont fait un homme et l'ont aidé à obtenir une situation.

A mes maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon

et des hôpitaux civils, je rends un respectueux hommage à leur science et leur dévouement, particulièrement à ceux que j'ai le plus suivis et fréquentés : MM. les Professeurs NICOLAS, TIXIER, SAVY, docteur GATÉ, qui m'ont fait sentir par leurs actes mieux que par des paroles, ce que doivent être les médecins.

Au Professeur SAVY, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, je ne saurai comment exprimer ma gratitude et lui dire combien ses leçons cliniques et ses visites resteront gravées en nous.

Je ne puis que m'excuser timidement auprès du Professeur agrégé J. GATÉ de m'ajouter au rang de ses élèves en ayant en mains un si modeste travail. Il m'a fait un grand honneur en m'accueillant dans son service, en me confiant et me guidant dans ce travail. Qu'il veuille bien recevoir, malgré mon jeune savoir, la marque de ma grande admiration et de mon profond respect longuement mûris après avoir suivi ses consultations pendant trois ans.

Nous adressons également notre respectueuse reconnaissance au docteur René CHEVALLIER qui nous a toujours accueilli si cordialement, nous a guidé et dont les conseils de gastrologue averti furent indispensables à l'achèvement de notre travail.

A mes juges, mes maîtres et chefs de l'Ecole du Service de Santé Militaire et de l'hôpital Desgenettes, nous adressons nos hommages respectueux.

A mes amis qui ont heureusement écourté les mauvais moments et transformé en une évolution favorable, les cinq ans d'école et de vie lyonnaise sombrement pronostiqués.

INTRODUCTION

Depuis toujours, en présence de la plupart des dermatoses on incriminait systématiquement des troubles digestifs. On en était arrivé au point que toute dermatose avait pour origine un dysfonctionnement gastro-intestinal et ainsi n'était que le reflet de ce dernier. Ce vieux raisonnement classique et empirique n'avait pas tout à fait tort, mais une généralisation si commode et si simpliste pour le médecin praticien et le patient ne pouvait être admise par le dermatologiste et le clinicien. Il est indéniable que ces idées universellement admises renferment beaucoup de vérité ; la clinique nous montre en effet couramment la co-existence de manifestations cutanées et digestives — une évolution parallèle semblant lier les deux ordres de symptômes. Devons-nous admettre obligatoirement que les troubles gastriques tiennent sous leur dépendance les manifestations cutanées ? Ne peut-on penser plus souvent qu'on ne le croit que ces manifestations cutanées et viscérales ne sont que des localisations différentes d'une même maladie ? D'Ayrignac, dans sa thèse inspirée par Brocq : « Le chimisme gastrique dans les dermatoses » (1), s'est posé ces questions-là. Il a même conclu que l'estomac était toujours atteint

dans les dermatoses, les lésions ne se différenciant pas toutefois suivant l'affection cutanée .

Actuellement le problème est de nouveau repris grâce à la gastroscopie. L'œil du dermatologiste voit son domaine d'investigations élargi, de nouvelles surfaces muqueuses lui sont désormais accessibles. La dernière venue des méthodes nouvelles d'exploration gastrique a apporté déjà des résultats des plus intéressants et permet d'envisager sous un aspect nouveau le vieux problème des rapports existant entre l'estomac et les dermatoses. A la manière des maladies infectieuses dont on connaît les manifestations bucco-pharyngées, certaines dermatoses ne comporteraient-elles pas une sorte d'énanthème à localisation gastrique ? La gastroscopie, grâce aux travaux de MM. Paul Chevallier et F. Moutier, de Paris, de René Chevallier, de Lyon, commence à établir la réalité de ces suppositions. La muqueuse gastrique nous montre des lésions : eczéma, lichen plan, urticaire, aphtes, mycosis fongoïde, purpura, comme sur les téguments. Cependant la localisation gastrique de ce que nous appelons, très improprement sans doute, « une maladie de la peau », ne peut-elle exister isolément et évoluer ainsi pour son propre compte ? Ne peut-elle pas souvent alterner par un balancement avec les manifestations cutanées proprement dites ? Ces recherches nouvelles doivent nous montrer les dermatoses comme des maladies générales dont l'aspect cutané — le seul jadis visible et palpable — est loin sans doute de résumer toute l'expression clinique de la maladie. Dans cette hypo-

thèse, nombre de gastrites inexpliquées, de syndromes ulcéreux ou cancéreux sans ulcères ni cancers, ne pourront-ils être éclairés en confrontant les processus observés au gastroscopé et ceux que la dermatologie nous a appris à connaître. René Chevallier, en collaboration avec son maître le Professeur Paviot, a apporté sur ce point les résultats de ses recherches et a désigné sous le nom de gastropathies allergiques — ou gastries — certaines gastropathies pseudo-lésionnelles jusqu'ici inexpliquées et qui ouvrent un chapitre nouveau de gastrologie dont l'avenir confirmera certainement toute l'importance. Toutes ces acquisitions récentes encore fragmentaires, parcellaires, inévitablement incomplètes, posent sous un jour nouveau le problème des relations entre l'estomac et la peau. Nul doute qu'il existe là une voie nouvelle et féconde dont non seulement la dermatologie mais la pathologie interne tout entière seront les bénéficiaires. Des conceptions pathogéniques nouvelles naîtront et rendront possibles ainsi que nous le verrons plus loin des thérapeutiques plus efficaces.

Les documents gastroscopiques que nous possédons sur ces questions sont essentiellement l'œuvre de MM. P. Chevallier, F. Moutier et leurs collaborateurs, Colin, V. Stewart, Molines, A. Sevaux, B. Hahn, Eely, Ces auteurs ont systématiquement examiné au gastroscopé différents sujets atteints des dermatoses les plus diverses, en particulier d'eczéma, d'urticaire, de psoriasis, de glossites, de lichen plan, de certains prurits. A Lyon, René Chevallier, à la clinique médicale de son maître le Professeur Paviot, partant d'un point

de vue tout différent, a appliqué cette méthode d'endoscopie gastrique à des sujets atteints de gastropathies pseudo-lésionnelles diverses. Ainsi fut mise en évidence pour la première fois l'existence de cet œdème fugace de la région antropylorique et de la petite courbure, de type angioneurotique, qui peut être considéré comme le substratum anatomo-pathologique essentiel des gastries allergiques. De tels faits ont été retrouvés depuis par les auteurs parisiens qui en conformité parfaite avec la pathologie allergique que les auteurs lyonnais avaient soutenue, identifient à leur tour ces œdèmes gastriques à d'authentiques œdèmes de Quincke. A leur tour, le docteur J. Gaté et ses collaborateurs, H. Thiers, P.-J. Michel, Racouchot, devant l'intérêt de la méthode demandèrent au docteur René Chevallier de leur révéler l'état de la muqueuse gastrique dans différentes dermatoses.

Dans une première partie de notre travail nous nous proposons d'envisager en détail et en les sériant suivant la dermatose envisagée, les observations lyonnaises et les différents faits qui ont été établis par les recherches du service de la clinique médicale du Professeur Paviot, et du service de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille. Nous nous abstiendrons de toute préoccupation pathogénique, autrement dit de toute hypothèse ou interprétation.

Dans une deuxième partie nous nous livrerons à quelques commentaires soulignant les aperçus nouveaux que ces recherches permettent d'envisager tant sur le plan doctrinal que sur celui de la clinique et de la thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

D'après les nombreuses recherches gastroscopiques, on a vu que les dermatoses peuvent avoir leur réplique au niveau de l'estomac, avec ou sans modifications diverses de la muqueuse gastrique, ou simplement s'accompagner de gastropathie allergique, ou de l'un des différents types de gastrite : atrophique, mamelonnée, polymorphe.

1. — Cas où une dermatose a sa réplique du même type au niveau de l'estomac

Il peut en être ainsi dans le lichen plan, les aphtes, l'hydroa, le purpura, l'urticaire, le mycosis fongoïde, l'eczéma ? et peut-être le psoriasis ?

Lichen plan

On connaît les fréquentes et diverses localisations cutanées et muqueuses du lichen plan. Les constatations gastroscopiques furent dans ces cas des plus intéressantes. Sur 15 cas de lichen cutané ou cutanéomuqueux, P. Chevallier et M. Moutier ont observé 3 lichens gastriques — intense une fois, modéré dans

un deuxième cas, léger et localisé dans le troisième. Il se présentait sous forme de traînées blanchâtres, en réseaux, semblables à celles qui nous sont familières à la face interne des joues ou sur le dos de la langue. Dans un quatrième cas, il existait un enduit porcelainé épais. Cet enduit localisé au dos des plis élevés du fundus jusqu'au dessus du cardia semblait résistant. Ses bords semblaient un peu frangés. Sans rappeler exactement le lichen buccal, cet aspect était très spécial et ne fut observé que dans ce seul cas.

MM. Milian et Perrin faisant examiner endoscopiquement deux sujets qui accusaient des troubles digestifs de type variable, la gastroscopie permit chez l'un d'entre eux de déceler l'existence d'un ulcère, tandis que chez l'autre (déjà atteint de lichen buccal), il révélait l'existence d'un lichen gastrique. Le plus remarquable était l'existence d'un véritable balancement entre les lésions buccales et les troubles gastriques. Ceux-ci *ont précédé de sept ans le lichen buccal* pour ne réapparaître récemment qu'après l'influence de la crisalbine qui atténua le lichen buccal. Il est superflu de souligner l'importance de ces faits qui iront certainement en se multipliant car l'attention des dermatologistes et des gastrologues est attirée de ce côté-là.

On est en droit de se demander si, en dehors des cas mêmes où l'existence d'un lichen plan cutané ou buccal fait tout naturellement suspecter une localisation gastrique, cette dernière ne pourrait pas désormais être incriminée plus souvent à l'origine de

certaines gastralgies rebelles, inexpliquées en l'absence même de toute manifestation tégumentaire. De telles formes de lichen gastrique isolé sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le suppose ; il appartiendra à la gastroscopie de nous renseigner à l'avenir sur ce point ; une thérapeutique toute différente pourrait en résulter, et il y aurait, semble-t-il, une certaine élégance à guérir ainsi une gastralgie plus ou moins ancienne par quelques injections d'acétylarsan. Nous présentons deux observations qui, identiques à celles rapportées par les auteurs parisiens (les lésions sont néanmoins moins étendues), paraissent confirmer les idées que nous exposons plus haut.

OBSERVATION N° 1

(Professeur NICOLAS, René CHEVALLIER, RACOUCHOT)

Mme Me... 51 ans. La malade présente depuis deux ans, une à deux fois par semaine, des migraines typiques avec nausées et parfois vomissements bilieux, scotome scintillant, photophobie qui nécessitent le repos au lit. Elle a eu à 13 ans une poussée généralisée d'urticaire qui ne s'est jamais reproduite avec la même intensité. Les années suivantes en effet jusqu'à ce jour, l'éruption s'est limitée à quelques éléments disséminés, très prurigineux. Les digestions ont toujours été un peu lentes avec des baillements et de la somnolence après les repas. Sur un fond de constipation habituelle surviennent de temps à autre des débâcles diarrhéiques. Il existe d'autre part des signes d'intolérance alimentaire : le lait, les œufs, les fromages à la crème, la charcuterie, les pâtes

provoquent des migraines, des aigreurs, des crises diarrhéiques et une asthénie insurmontable. Depuis des années, la malade se plaint de pesanteurs épigastriques, de ballonnements après les repas, d'aigreurs. Malaises supportables auxquels elle ne prêtait pas grande attention. Mais depuis 3 mois, les douleurs sont devenues beaucoup plus fortes et ont changé de caractère. Il s'agit désormais de brûlures épigastriques précoces survenant une demi-heure après les repas, parfois très vives, se reproduisant par courtes périodes de 2 à 3 jours. *L'apparition de ces brûlures a nettement coïncidé avec celle d'un lichen plan cutané qui intéresse les avant-bras, les mains et le ventre.*

Brûlures gastriques et lichen plan cutané sont au surplus, dit-elle, consécutifs à une intoxication alimentaire sévère avec fièvre, migraine, vomissements et diarrhée provoquée par une omelette. L'examen en juillet 1937, découvre des lésions nettes de lichen buccal sous forme de petites plages blanchâtres de la lèvre inférieure, de la face dorsale de la langue et de la face interne des joues. Et la malade insiste sur ce fait que ce lichen buccal a été le premier en date et qu'il est contemporain des premiers troubles digestifs. En somme la maladie a évolué en deux phases : au début lichen buccal et dyspepsie légère, plus tard, à la suite d'un « embarras gastrique fébrile » provoqué par les œufs, lichen cutané et vives brûlures épigastriques. L'examen radiologique de l'estomac est négatif.

La gastroscopie (Dr. René Chevallier), le 26-7-37 en période douloureuse, montre un œdème angioneurotique modéré de la région antro-pylorique. Seule la partie haute du pilier antérieur du sphincter antri est fortement distendue. Plus ou moins arrondie, elle fait une brusque et forte saillie qui empiète légèrement sur la petite courbure. Assez rapidement cet œdème s'atténue et le pied du

pilier, légèrement spiralé, paraît à peine augmenté de volume. Partout ailleurs la muqueuse antrale revêt un aspect succulent. Le pylore un peu boursoufflé a conservé sa souplesse. Dans toute la zone œdématiée, la muqueuse a gardé son coloris normal. Un examen attentif découvre sur la muqueuse de l'angle gastrique presque au contact de la partie haute fortement œdématiée du pilier antérieur du sphincter antri, *deux petites plages blanchâtres en tout point comparables aux placards de lichen buccal*. Une 3^e plage, moins accusée, est observée sur la petite courbure fundique à peu de distance des deux autres. Le reste de l'estomac est indemne.

OBSERVATION N° II

(René CHEVALLIER et RACOUCHOT)

M. Mo... 36 ans. Le malade a eu à diverses reprises dans son enfance des « embarras gastriques » fébriles. Il a été traité plusieurs fois à Vichy pour des troubles vésiculaires. Il est sujet à des accès de migraines sus-orbitaires (avec, rarement, scotome scintillant et diplopie passagère); à des crises d'urticaire (le plus souvent alimentaire et provoquée par les fraises, les œufs, les poissons de mer); à des accidents asthmatiformes et à des sensations d'obstruction nasale (en relation avec les écarts de régime).

Il souffre, depuis quelques années, sur un fond de constipation habituelle, de crises entéritiques. De temps à autre, en période normale, les selles sont mal liées et plus ou moins décolorées. Deux fois il a présenté un état asthénique et dépressif avec bradycardie, aérogastrie, vertiges. A la suite d'une poussée généralisée de lichen plan survenue il y a quelques années et n'ayant

respecté que le visage, il voit apparaître de temps à autre en des points variables des éléments isolés de lichen. Une nouvelle poussée ayant débuté sur la verge, évolue actuellement depuis un mois et demi. Les éléments peu nombreux sont disséminés un peu partout ; on en découvre quelques-uns sur la muqueuse buccale sous forme de petites plages blanchâtres de la langue et de la face interne des joues. Depuis deux ans, le malade souffre d'autre part de brûlures épigastriques et rétro-sternales tardives survenant par courtes périodes de 2 à 3 jours. *Une recrudescence de ces brûlures a coïncidé avec la récente poussée de lichen cutané et muqueux.* En même temps sont également survenus des pesanteurs, une sensation de barre épigastrique, du ballonnement et des gargouillements.

L'examen clinique est négatif. Les examens radiologiques de l'appareil digestif ne découvrent aucun signe d'organicité. La recto-sigmoïdoscopie montre une muqueuse normale. Les réactions de BW, Meinicke, Kahn, dans le sang sont négatives.

La gastroscopie (Dr. René Chevallier) pratiquée en période douloureuse découvre un peu au-dessus de l'angle gastrique à l'union de la petite courbure et de la face antérieure *une plage blanchâtre plus ou moins arrondie d'aspect leucoplasique, en tout point comparable aux placards de lichen observés sur la muqueuse buccale.* Il n'existe aucun autre élément sur la surface de l'organe. Le sphincter de l'antré est le siège d'un *œdème angioneurotique* qui lui donne l'aspect d'un gros boudin en fer à cheval. La distension œdémateuse atteint son maximum dans la moitié supérieure du pilier antérieur. Au-dessus et au-dessous du sphincter antri, l'œdème s'efface rapidement. Le pylore n'est pas modifié. Partout la muqueuse gastrique a conservé son coloris habituel.

Les aphtes

On connaît depuis longtemps la fréquence des aphtes chez les dyspeptiques et l'on ne sera pas surpris de savoir que le gastroscope a révélé chez certains de ces sujets, de véritables gastrites aphtoïdes. Korbseh, Henning, Moutier en ont signalé l'existence. René Chevallier à plusieurs reprises a eu l'occasion de constater sur la muqueuse gastrique, en coïncidence ou en alternance avec des poussées d'aphtes buccaux, des érosions cupuliformes plus ou moins arrondies, bordées d'un étroit liseré purpurique et recouvertes en leur centre d'un enduit crémeux, blanchâtre et verdâtre. Comme nous allons le voir dans nos observations, chez un de ces malades on comptait ainsi, localisées strictement à la muqueuse de l'antra et au pilier du sphincter antri, une dizaine de lésions isolées ou groupées, toutes de même aspect et de même taille. Chez tous nos sujets il existait des crises douloureuses épigastriques, rebelles à la thérapeutique, à caractère tardif et se renouvelant depuis plusieurs mois. En l'absence du gastroscope, on aurait pu suspecter l'existence d'un ulcère ; il s'agissait en réalité de gastrite aphtoïde. L'importance de tels faits ne peut nous échapper.

D'après René Chevallier, bien qu'elles évoluent souvent sur le terrain de l'anaphylaxie, les gastrites aphtoïdes ne peuvent entrer dans le cadre des gastropathies allergiques, car elles ne réagissent favorablement à aucune des thérapeutiques de désensibilisation connue.

OBSERVATION N° III

(René CHEVALLIER)

Mme Tr..., 35 ans. Mariée, 4 enfants, pas de fausses couches. La malade présente depuis quelques mois, des crises douloureuses épigastriques, semi-tardives, rebelles à toute thérapeutique. *De la même époque datent des poussées d'aphtes buccaux qui accompagnent les crises gastriques ou alternent avec elles.* L'examen somatique est négatif. Les examens radiologiques montrent un estomac en cascade, très abaissé, sans aucun signe d'organicité. Le chimisme révèle une légère hypochlorhydrie. Il n'y a pas de sang dans les selles.

La gastroscopie (Dr. René Chevallier) en période douloureuse découvre sur la face postérieure immédiatement en amont du sphincter antri, *quelques érosions très superficielles, à contours irréguliers, bordées d'un mince anneau carminé, et comblées par un enduit crémeux jaunâtre ou jaune verdâtre.* En tout point comparables aux aphtes buccaux, ces érosions aphtoïdes sont creusées dans une muqueuse apparemment saine, ni congestive, ni œdémateuse. *Deux éléments analogues sont observés sur la face antérieure au contact de la partie haute du pilier antérieur de l'antré, à peu de distance de la voie gastrique qui est respectée sur toute la longueur.*

Tous les traitements mis en œuvre demeurent sans action.

OBSERVATION N° IV

(Pr. PAVIOT et René CHEVALLIER)

Cor..., 31 ans, menuisier. Le malade présente, depuis quelques mois, de violentes crampes épigastriques tardi-

ves, à irradiations dorso-lombaires, survenant par périodes et rebelles à toute thérapeutique. *La première crise gastrique a coïncidé avec une poussée d'aphtes buccaux* particulièrement douloureuse. Ultérieurement de nouvelles poussées d'aphtes buccaux se sont reproduites coïncidant ou alternant avec les crises douloureuses épigastriques transfixiantes.

Les examens clinique et radiologique sont négatifs. Le chimisme gastrique révèle une légère hypochlorhydrie. Il n'y a pas de sang dans les selles.

Une première gastroscopie (Dr. René Chevallier) en période d'accalmie, montre une muqueuse normale, exempte de toute lésion ulcéreuse, érosive ou inflammatoire.

Une deuxième gastroscopie, dix jours plus tard, en période douloureuse *au cours d'une poussée d'aphtes buccaux*, découvre une image typique de *gastrite aphtoïde*, exactement limitée à la muqueuse antrale et aux piliers du sphincter antri. Il s'agit sur une muqueuse très légèrement congestive, *d'érosions cupuliformes, plus ou moins arrondies, bordées d'un étroit liseré purpurique et recouvertes en leur centre, d'un enduit crémeux blanchâtre ou verdâtre*. On compte isolées ou groupées, *une dizaine de lésions* de même aspect et à peu de choses près de même taille.

La muqueuse fundique par contre, est rigoureusement indemne de toute altération analogue et de toute manifestation inflammatoire. Une troisième gastroscopie, 15 jours plus tard, en période d'accalmie gastrique consécutive à la guérison spontanée des aphtes buccaux, permet de constater la restauration complète de la muqueuse antrale qui ne présente au surplus aucune image cicatricielle des lésions aphtoïdes précédemment constatées.

OBSERVATION N° V

(Dr. René CHEVALLIER)

Mlle Buis..., 20 ans. La malade présente depuis 7 ans un syndrome douloureux épigastrique rebelle à tout traitement. Il s'agit d'une douleur très vive, permanente, ne cédant que la nuit, sujette à des exacerbations irrégulières, indépendantes des repas, évoluant par courtes ou longues périodes. Certaines périodes ont duré plusieurs mois sans rémissions sensibles. Cette douleur parfois transfixiante, siège assez exactement à l'épigastre. Les radiographies gastro-duodénales pratiquées à diverses reprises ne montrent aucun signe direct, ni indirect d'ulcus. Le chimisme est normal. La recherche du sang dans les selles est le plus souvent négative mais parfois faiblement positive. Les radiographies de la vésicule ne montrent aucun calcul, aucune anomalie. Il existe à l'examen clinique deux points douloureux à la palpation, l'un solaire, l'autre vésiculaire. Les tubages duodénaux donnent issue aux trois biles et restent sans action thérapeutique. Tous les traitements sont d'ailleurs inefficaces. Les médications de l'ulcus gastro duodénal, de la lithiase vésiculaire, de la solarite, de l'allergie digestive, de la cellulite, ou sont sans effet, ou bien réveillent les douleurs. Le carbonate de bismuth, entre autre, déclanche de violentes exacerbations.

On apprend que la malade présente depuis 7 ans des poussées d'aphtes buccaux dont l'apparition est très exactement contemporaine de celle des crises gastriques. Elle a noté qu'il existait un véritable balancement entre les aphtes et les épigastralgies. Ce n'est qu'après la disparition des aphtes buccaux que les douleurs gastriques surviennent. Il est exceptionnel que les aphtes et les douleurs d'estomac coexistent.

Une gastroscopie (Dr. René Chevallier), pratiquée en période douloureuse, peu de jours après la guérison d'une poussée tout à fait typique d'aphtes de la langue et des gencives, découvre *plusieurs érosions aphtoïdes de l'antra et du sphincter antri*. Il s'agit de lésions tout à fait comparables à celles de la bouche. Irrégulièrement arrondies ou ovalaires, tapissées à leur centre d'un enduit gris verdâtre, elles sont limitées par une sertissure carminée qui tranche sur le coloris rose-orangé de la muqueuse antrale. Il n'existe aucun signe apparent de gastrite associée. De même taille, isolées ou groupées, *cinq érosions sont nettement visibles près de la petite courbure sur la face antérieure de l'antra. Deux autres sont découvertes sur la voûte du sphincter antri. Une huitième lésion* de même aspect est visible *sur la petite courbure fundique*, à quelques millimètres en amont du sphincter antri. Partout ailleurs la muqueuse est normale.

Une deuxième gastroscopie pratiquée en période d'acalmie gastrique, ne découvre qu'une érosion aphtoïde de l'antra dont le liseré périphérique peu coloré se distingue mal de la muqueuse normale contiguë.

L'hydroa

Nous ne serons pas surpris en lisant l'observation suivante inédite d'hydroa bucco-pharyngé avec des ulcérations gastriques représentant selon toute vraisemblance le reliquat de bulles. On sait qu'au niveau des muqueuses le stade bulleux est rapidement remplacé par des érosions nummulaires carminées ou diphtéroïdes, très douloureuses, accompagnées parfois de phénomènes infectieux fébriles et de compli-

cations viscérales — description qui correspond bien à l'état de notre malade et à son examen de la bouche, du larynx, du pharynx et de l'estomac.

OBSERVATION N° VI

(Dr. GATÉ et René CHEVALLIER)

Pr... Au..., 68 ans (Antiquaille, fiche 9227). Malade envoyée par le Dr. Friaud pour lésions de stomatite bulleuse. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Son mari serait mort d'un cancer et une de ses filles a eu 2 fausses couches, puis 2 enfants et serait morte dit-elle de « paralysie » après un accouchement.

Il y a un mois elle eut une « grippe » avec enflure de la joue gauche. A ce niveau apparut une tache rouge. Puis survint une conjonctivite bilatérale. La malade vit peu à peu apparaître sur les lèvres et la muqueuse buccale des bulles et de petites ulcérations en même temps qu'elle se plaignait de troubles de la voix et d'une gêne de la déglutition, avec expectoration mucopurulente contenant des stries sanglantes. La malade alors soignée par l'eau boriquée, fut envoyée à M. le Dr. Charachon qui constata des lésions bulleuses au niveau du larynx. Un B. W. pratiqué fut négatif. Tous ces symptômes s'aggravent avec des poussées thermiques à 39°, 40° et une dysphagie très marquée, même pour les liquides, la fait entrer à l'hôpital. Elle dit avoir beaucoup maigri.

A l'examen : 1° Bulles nombreuses et petites ulcérations sur la muqueuse bucco-pharyngée.

2° Sur la langue, ulcérations avec enduit jaune rougeâtre en V au milieu et que la malade attribue à une brûlure.

3° Râles de congestion aux deux bases pulmonaires.

Traitement : Septazine : 8 comprimés par jour. Auto-hémothérapie tous les deux jours. Bleu de méthylène dans la bouche.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Urée sanguine : 0,85 %.

14

T. A.: —

9

Le 16 janvier 1937 elle passe en consultation chez le Dr. Ricard où sous anesthésie générale, on pratique l'ablation d'un pessaire qui placé depuis 20 ans déterminait des pertes jaunâtres très fétides et presque purulentes. Elle présente le soir de l'intervention une température à 39°5. Pas de lésions bulleuses par ailleurs.

18 janvier 1937: Réflexes rotuliens normaux. Réflexe achilléen droit normal, gauche non obtenu. Petite irrégularité pupillaire. Mais réflexes oculaires normaux.

Sang :

Neutrophiles	75 %
Myélocytes	6 %
Eosinophiles	0
Basophiles	0
Lymphocytes	6 %
Moyens mono	6 %
Grands mono	7 %

Numération globulaire :

Rouges : 5.700.000.

Blancs : 6.850.

Valeur globulaire normale :

B. W., Kahn, Meinicke : négatives.

Gastroskopie le 29-1-37 (Dr. René Chevallier). On note:

1° Sur la petite courbure un peu au-dessus de l'angle gastrique *trois petits placards ovaires de coloration blanc verdâtre dont les bords nets et légèrement sinueux sont soulignés par un fin liseré carminé.* On a l'impres-

sion d'une *fausse membrane recouvrant une érosion très superficielle*.

2° Un peu au-dessus, *un élément arrondi* recouvert d'une pellicule opaline formant de gros plis. L'aspect est celui d'une *phlyctène affaissée*.

3° A la partie haute du pilier antérieur du sphincter antri une *érosion allongée très superficielle* rouge vif, à bords légèrement sinueux, présentant *quelques débris marginés blanchâtres*.

B. W. —

Kahn —

Meinicke —

13-11-37. La malade très améliorée localement part et continuera un traitement par l'autohémothérapie.

Les purpuras

Les purpuras à manifestations cutanées peuvent s'accompagner de purpura gastrique ; l'existence d'un purpura gastrique isolé est aussi certaine. On pouvait s'attendre dans les purpuras à voir des manifestations gastriques car les troubles gastro-intestinaux sont souvent très violents, au cours du purpura rhumatoïde en particulier.

Schindler a publié le premier cas concernant un purpura chronique qui semble être, sans qu'on puisse l'affirmer, un purpura inflammatoire, c'est-à-dire la forme chronique du purpura rhumatoïde. P. Chevallier, F. Moutier et Kaplan (18, 19, 20) ont rapporté un certain nombre de cas de purpuras à manifestations gastro-cutanées, notamment un cas de purpura rhumatoïde aigu accompagné d'un œdème gastrique

généralisé avec sur la muqueuse une macule pourpre identique à celles de l'avant-bras. Chez les autres malades les formes d'ecchymose, de macules plus ou moins homogènes, « les piqûres de puce » (Schindler) rappelaient l'éruption cutanée.

Notre observation de purpura gastro-cutané, rapportée par Paviot et René Chevallier (37) se range parmi les purpuras toxiques par sensibilisation aux protéines hétérogènes du sérum antitétanique.

OBSERVATION N° VII

(PAVIOT et René CHEVALLIERJ (37)

D..., 57 ans, cultivateur. Le malade entre dans le service le 2 juillet 1934 pour des douleurs gastriques. Rien de notable dans ses antécédents. Les premiers troubles datent de 1917. A cette date, s'installe progressivement un syndrome épigastrique douloureux de type ulcéreux avec une évolution par périodes et des douleurs tardives. En 1918 appendicectomie à chaud. Drainage et suppuration. Après l'intervention les crises gastriques réapparaissent avec les mêmes caractères, mais beaucoup plus violentes. Dans le mois qui précède son hospitalisation les crises se reproduisent tous les jours sans la moindre accalmie, à 11 heures, à 17 heures et à 24 heures. Il y a dix jours survient brusquement aux deux jambes une *éruption pigmentée purpurique punctiforme, non prurigineuse*. Deux jours après le malade présente une *hématémèse abondante de sang rouge, puis un méléna*.

A cinq reprises, de 1917 à 1932, pour des blessures diverses le malade a reçu des injections antitétaniques.

Pas d'accidents cutanés aux trois premières injections, mais des poussées d'urticaire et de prurit se sont produites à diverses reprises à la suite des quatrième et cinquième injections. Et les crises gastriques datent de 1917, c'est-à-dire de la 1^{re} injection. On est en droit de penser que le malade a été sensibilisé aux protéines hétérogènes par la répétition des injections de sérum de cheval. Les examens des divers appareils ne révèlent rien de particulier. La radioscopie gastrique montre un estomac hypertonique avec un vif péristaltisme. On note un spasme transitoire de la région antropylorique.

Gastroskopie (Dr. René Chevallier). Absence complète de toute lésion ulcéreuse ou simplement érosive. Par contre il existe *un fin piqueté purpurique du plancher antral ; d'autre part, on observe sur la petite courbure près de l'angle gastrique un petit placard ecchymotique entouré d'une couronne de fines tâchetures purpuriques.* Léger œdème du pilier antérieur du sphincter antri.

Le chimisme gastrique est normal. Les Weber négatifs dans les selles. Le Maillard est à 7. Les examens hématologiques sont normaux. Le malade est soumis à un traitement de désensibilisation (peptone, adrénaline) associé aux injections d'histidine. Il ne souffre plus au bout de dix jours de traitement et quitte le service. Un mois plus tard la sédation des troubles persiste.

L'urticaire

Partout où existe du tissu conjonctif peuvent se produire les fluxions urticariennes et, comme nous le verrons au chapitre II, l'urticaire est une maladie générale qui peut s'accompagner de symptomatologies diverses. Les crises gastriques de la maladie de

Quincke sont connues depuis longtemps. La gastroscopie nous a permis de voir les phénomènes gastriques en cause. Nous les étudierons en détail dans la deuxième partie de ce chapitre. Ici nous rapporterons un cas d'urticaire cutanée qui s'accompagnait d'éléments gastriques identiques aux élevures cutanées. C'est l'aspect d'un œdème angioneurotique, diffus ou mamelonné, quelques boursouflures, arrondies ou ovalaires, irrégulièrement distribuées, tout à fait comparables à des papules urticariennes.

OBSERVATION N° VIII

(Dr. René CHEVALLIER)

Mme Du..., 32 ans. La malade a eu à 19 ans, à la suite de l'ingestion de fraises, sa première crise d'urticaire. N'ayant plus mangé de fraises, l'urticaire jusqu'à ces derniers temps, ne s'est pas reproduite. Il y a 3 ans sont survenues des migraines avec scotome scintillant, nécessitant le repos au lit. De tout temps les digestions ont été lentes avec une langue saburrale le matin, des ballonnements post-prandiaux, de la constipation. En octobre 1938 on l'examine pour des douleurs gastriques datant de 7 mois. Il s'agit de violentes crampes épigastriques, transfixiantes, tardives, survenant vers une heure du matin, calmées par une prise alimentaire. Ces douleurs évoluent par courtes périodes de 3 à 4 jours séparées par des périodes d'accalmie de 2 à 3 semaines. Jamais de vomissements ni d'hématémèses. Depuis deux mois une poussée d'urticaire généralisée, très prurigineuse, à larges placards saillants et presque confluent,

apparaît tous les soirs vers 18 heures et disparaît dans la nuit. Bien souvent la malade se réveille le matin avec un œdème de Quincke du visage. La malade a noté qu'il existait entre les différents symptômes, des alternances, des balancements. Ainsi les migraines ont disparu dès les premières poussées d'urticaire et ces dernières ne surviennent qu'en période d'accalmie gastrique. L'interrogatoire met en évidence des signes nets d'intolérance alimentaire et médicamenteuse. Le lait, la crème, les fromages frais, les œufs, le pain donnent des nausées, des migraines, de l'urticaire. L'absorption d'un comprimé d'aspirine a déclenché, 20 minutes plus tard, d'une part une violente épigastralgie, non irradiée et d'autre part un œdème de Quincke du visage avec léger œdème lar yngé. L'examen clinique ne montre rien de spécial.

14

T. A. — ni sucre, ni albumine. Réflexes normaux.

8

La palpation découvre de nombreux nodules cellulitiques très douloureux, aux points d'élection. Leur territoire est très exactement limité à la moitié gauche du tronc et aux membres supérieurs et inférieurs gauches.

Les radiographies gastro-duodénales ne découvrent aucun signe d'ulcère. Elles mettent, par contre, en évidence un aspect œdémateux transitoire de l'antré et de la petite courbure fundique qui, très net en période de crise disparaît en période d'accalmie.

La gastroscopie (X-38) — Dr. René Chevallier — en période douloureuse montre un œdème de type angio-neurotique de l'antré et de la petite courbure sus-antrale. D'une région à l'autre, cet œdème change de caractère. Dans l'antré c'est un œdème diffus qui boursoufle le pylore, surélève en masse le plancher antral, distend le sphincter antri, dont le pilier antérieur infiltré au maximum dans sa moitié supérieure, revêt à ce niveau, l'as-

pect d'une grosse masse polypoïde. Sur la petite courbure c'est une large coulée d'œdème mamelonné que l'on observe. Tassées les unes contre les autres, au voisinage de l'angle gastrique, *les élevures œdémateuses* se dispersent au fur et à mesure qu'on s'élève vers le fornix. A mi-hauteur du fundus *on en découvre quelques-unes isolées ou groupées par 2 ou 3 éléments qui peuvent être comparées à des papules urticariennes*. Toutes ces formations œdémateuses sont instables et ne survivent pas à la crise douloureuse.

Un essai de désensibilisation non spécifique et varié, entraîne une atténuation des accidents. Mais tous les troubles réapparaissent à la première suspension du régime et du traitement. En décembre 1938, on met en œuvre un traitement de désensibilisation spécifique par l'antigène ultra-filtrable de H. Thiers et de René Chevalier retiré d'un repas déclenchant à base de lait et d'œufs. A la 3^e injection l'urticaire et les gastralgies disparaissent. Aucune réaction locale. Par contre la malade accuse une asthénie très marquée qui ne s'effacera que vers la 10^e injection. Vers la 15^e elle retrouve ses forces. Deux séries sont pratiquées. Une première de 30 injections, puis après quinze jours de suspension, une seconde de 15 injections. La période de suspension a été marquée par quelques papules discrètes d'urticaire. Elles ont disparu à la reprise du traitement. La malade est revue en mars 39. La guérison est complète. Les accidents et les crises gastriques ne se sont pas reproduits. L'appétit est excellent, les digestions faciles, l'état général parfait.

Un nouvel examen au début juin 39 est confirmatif.

A l'occasion d'écarts de régime répétés, on note un ou deux éléments urticariens à peine prurigineux et éphémères, et un peu de pesanteur épigastrique. Elle se considère guérie, ayant suivi pendant plusieurs mois un régime presque normal. Un nouvel ultra-filtrat permettra d'assurer la consolidation.

Le mycosis fongoïde

En 1934, Paul Chevallier, F. Moutier et Stewart (7, 7 *bis*) ont rapporté un cas de parapsoriasis en plaques avec des lésions gastriques identiques à celles de la peau. La mort du malade en 1935 survint après l'apparition de tumeurs caractéristiques du mycosis fongoïde. L'examen gastrique révélait de la gastrite chronique légère avec lésions à structure de parapsoriasis en plaques. Sur 15 cas de mycosis fongoïde examinés au gastroscopie et rapportés dans sa thèse (43), Thibon, élève de P. Chevallier, notait, dans 7 cas, l'existence de tumeurs gastriques identiques aux tumeurs cutanées. Il existait également des plaques non tumorales dont l'aspect est superposable à celui des éruptions prémycosiques des téguments. La gastroscopie permet de déceler l'existence de ces plaques à une période où l'éruption cutanée est si atypique qu'elle excuse les erreurs de diagnostic. Nous possédons là un élément très utile pour le diagnostic précoce du mycosis fongoïde.

Le psoriasis

P. Chevallier et F. Moutier ont publié les résultats des examens gastroscopiques de malades atteints de psoriasis généralisé (4). Leur estomac était normal ainsi d'ailleurs que le suc d'histamine. René Chevallier a noté également l'absence habituelle de toute lésion gastrique dans le psoriasis. Ce-

pendant, chez deux malades, dont on lira plus loin l'observation, il a pu découvrir au gastroscope des altérations assez spéciales de la muqueuse de la petite courbure fundique. Il s'agit de petites plages, arrondies ou ovalaires, de nuance gris-jaunâtre, rigoureusement sèches, rappelant à première vue les îlots atrophiques de la maladie de Biermer. En réalité, leur surface n'est pas lisse, mais uniformément recouverte de fines granulations ; elles revêtent un aspect *discrètement chagriné*. Les *aires d'atrophie chagrinée* sont-elles un équivalent gastrique de la dermatose ? Ou bien coïncident-elles simplement par pur hasard avec elle ? Il est difficile, en raison de l'extrême rareté des faits observés, de se prononcer. Seules de nouvelles recherches permettront d'établir si de tels aspects appartiennent ou non à l'estomac des psoriasiques.

OBSERVATION N° IX

(Dr. GATÉ et René CHEVALLIER)

Gu... Ro... 39 ans, plâtrier (Antiquaille, fiche 9160). Psoriasis datant de 5 ans. Aucun trouble digestif.

GastroscoPie (René Chevallier), 12-1-37. On note sur la petite courbure, un peu au-dessus du sphincter antri, une plage ovalaire, assez étroite, de deux centimètres de long environ, qui en impose à première vue, pour une aire isolée d'atrophie gastrique. Cette plage est légèrement oblique par rapport à l'axe de la voie gastrique. La muqueuse qui la recouvre est décolorée et de nuance gris jaunâtre. Elle est rigoureusement sèche. Un examen

attentif montre que cette muqueuse n'est pas lisse comme dans l'atrophie, mais très finement granuleuse et discrètement chagrinée. Partout ailleurs, elle a conservé son aspect habituel.

OBSERVATION N° X

(Dr. GATÉ et René CHEVALLIER)

Cu... Fr., 60 ans, mécanicien (Antiquaille fiche 9304). Psoriasis universalis. Pas de troubles gastriques.

Gastroscopie (Dr. René Chevallier) 22-2-37. La muqueuse gastrique paraît normale à première vue. Un examen prolongé découvre cependant à la partie moyenne de la petite courbure, deux plages superposées, de petites dimensions, plus ou moins arrondies, aux limites indécises, qui ne se distinguent de la muqueuse saine environnante que par leur aspect légèrement décoloré, leur surface très finement granuleuse et l'absence de tout reflet à leur surface. Dans toute cette zone, la souplesse de l'organe n'est pas modifiée.

OBSERVATION N° XI

(Dr. GATÉ et René CHEVALLIER)

Vo... Au... 45 ans (Antiquaille, fiche 9593). Psoriasis depuis 10 ans. Aucun trouble gastrique.

Gastroscopie le 29-6-37. Examen complètement négatif. Partout la muqueuse gastrique a conservé son aspect normal.

OBSERVATION N° XII

(Dr. GATÉ et René CHEVALLIER)

G... Lo..., 24 ans (Antiquaille, fiche 9283). Psoriasis depuis 4 ans. Aucun trouble gastrique.

Gastroskopie le 15-6-37. Examen complètement négatif. Partout la muqueuse gastrique a conservé son aspect normal.

Nous signalerons que dans dix autres observations recueillies par René Chevallier à la consultation de gastroscopie de la Clinique Médicale, l'estomac, chez des psoriasiques, était normal.

L'eczéma

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans citer l'observation de MM. P. Chevallier et F. Moutier sur « l'eczéma vésiculeux gastrique ». Il leur a été donné une fois d'observer une muqueuse fundique semée de vésicules et cela sans équivoque endoscopique. Ces auteurs admettent que, « si paradoxal que puisse paraître *a priori* cette affirmation à propos d'un processus considéré comme spécifique des épithélia de type épidermique, l'eczéma vésiculeux de l'estomac existe ».

« Peut-il s'agir de la coïncidence avec un eczéma vésiculeux d'une gastrite vésiculeuse d'autre nature ? Pour logique qu'en soit l'existence, ces gastrites vésiculeuses devraient d'abord être prouvées. Il ne sau-

rait être question d'impétigo, car les vésicules que nous avons vues, n'étaient ni jaunes, ni opaques, mais se présentaient claires comme si elles avaient contenu de l'eau. Parmi les affections à vésicules claires, l'herpès serait-il en cause ? L'herpès de l'estomac n'a pas encore été décrit ; des aphtes saisis au gastroscope à la phase passagère de début ? Toute hypothèse est possible. Mais il reste qu'il est plus simple et plus raisonnable puisque nous voyons à la peau une éruption vésiculeuse, d'admettre la même nature de l'éruption vésiculeuse concomitante de l'estomac ». L'œdème fugace phlycténulaire décrit par René Chevallier dans ses études sur les gastrites allergiques œdémateuses pourrait, sans doute, prêter à confusion. Nous verrons plus loin les éléments de son diagnostic.

2. — La dermatose existe avec des manifestations gastriques diverses

A. — Elle s'accompagne des lésions fugaces de la gastrite allergique

La gastroscopie a permis à René Chevallier d'individualiser la « *gastrite allergique* » en lui rendant possible la découverte et la description de son substratum anatomo-pathologique. Ces gastrites doivent être bien connues en raison de leur fréquence et de

leur thérapeutique spéciale. Elles sont anatomiquement caractérisées par des lésions œdémateuses, hémorragiques ou érosives, soit isolées, soit associées dans les formes mixtes — dont l'évolution fugace est le trait dominant.

Cliniquement et radiologiquement, ces lésions fugaces des gastries allergiques peuvent prendre le masque de toutes les altérations fonctionnelles ou organiques de l'estomac. La plus importante de toutes, la gastrite œdémateuse, a pour substratum un œdème fugace non infectieux, de type angioneurotique qui, rarement généralisé, occupe soit la région antro-pylorique, soit la petite courbure.

1° L'ŒDÈME ANTROPYLORIQUE FUGACE. — Dans la majorité des cas, c'est au cours d'une crise gastralgique, d'intensité variable, à laquelle il ne survit pas, que se développe l'œdème antro-pylorique fugace. La muqueuse œdématiée conserve assez souvent son coloris normal rose-orangé. D'autres fois elle est nettement décolorée, ou au contraire très congestive ; elle réalise dans quelques rares cas un état « succulent et carminé ». Parfois c'est un œdème rouge-cerise que l'on observe. On note habituellement une hypomyxie qui rend la muqueuse moins miroitante. Dans les œdèmes rouges, la sécheresse est complète. Chez certains sujets, cet œdème infiltre toute la surface de la région antro-pylorique et masque complètement le pylore. La grande courbure de l'antrum, soulevée en masse, vient au contact des piliers et de la voûte du sphincter antri qui sont eux-mêmes — le

pilier antérieur plus particulièrement — le siège d'un gonflement fluxionnaire considérable. Le bord libre de la voûte sphinctérienne, irrégulièrement boursofflé, recouvre les formations œdémateuses développées sur la petite courbure de l'antré ; d'autres fois l'œdème atteint son développement maximum sur les éléments constitutifs du sphincter antri. Celui-ci, œdédié, revêt parfois l'aspect d'un énorme boudin spirali. Assez souvent l'œdème distend en masse la voûte et les piliers de l'antré, respectant la muqueuse antro-pylorique. Il atteint souvent son développement maximum sur le pilier antérieur du sphincter antri. René Chevallier insiste sur ce fait que *c'est la partie haute du pilier antérieur* -- véritable zone d'élection de diverses lésions gastriques — qui présente généralement la plus forte distension — au point que, dans quelques cas, cet œdème localisé et massif peut en imposer, à première vue, pour une formation polypoïde. Dans quelques cas, très rares, l'œdème antral revêt l'aspect mamelonné qui s'observe avec une grande fréquence dans le segment sus-antral de la petite courbure. D'autres fois, de larges cordons œdémateux, juxtaposés, orientés suivant l'axe de l'organe, simulent de gros plis. De façon exceptionnelle, des cordons œdémateux, perpendiculaires à cet axe, doublent l'anneau brisé du sphincter antri, lui-même infiltré, et réalisent un aspect en pas de vis. Dans de nombreux cas, enfin, discret et limité, l'œdème ne peut être dépisté qu'à la faveur d'un examen très attentif. En tout cas, même dans ses formes massives, il ne dépasse pas les limites

de l'antré et de son sphincter ou remonte à peine le long du segment sus-antral de la petite courbure.

2° L'ŒDÈME FUGACE DE LA PETITE COURBURE. — Ses caractéristiques sont à peu près les mêmes que celles de l'œdème antral auquel il peut parfois être associé. Limité, le plus souvent assez exactement à la voie gastrique qu'il déborde à peine, il infiltre parfois le segment contigu de la face postérieure. La face antérieure et la grande courbure sont très rarement envahies. En pareil cas, il ne s'agit qu'exceptionnellement d'un œdème localisé mais presque toujours d'une généralisation de l'œdème primitif de la petite courbure. Ainsi peut être réalisé un œdème annulaire en large bourrelet, du fundus qui réduit fortement la lumière de l'organe. Il est à noter, enfin, que certains œdèmes généralisés du fundus respectent la région antro-pylorique ou tout au moins le pylore. Dans la plupart des cas cet œdème généralisé disparaît dans la moitié supérieure du corps gastrique, à bonne distance du cardia. Quant au fornix, il est toujours indemne. Morphologiquement cet œdème présente deux modalités essentielles. C'est ou bien un œdème global, plus ou moins ondulé, qui boursofle en masse la muqueuse de la petite courbure, ou bien un œdème délicatement mamelonné, véritable mosaïque de petites élevures arrondies, pâles et brillantes, d'aspect urticarien, reposant sur une muqueuse plus ou moins congestive.

Parfois des masses plus volumineuses s'élèvent au-dessus de ces petits éléments agminés. Il s'agit de

cet « œdème fugace phlycténulaire » de la petite courbure, décrit par René Chevallier, qui est caractérisé par l'évolution éphémère d'éléments bulleux et translucides, isolés ou groupés, généralement peu nombreux. De telles bulles qui semblent contenir de l'eau pourraient, par leur confluence, prêter à confusion avec la gastrite vésiculeuse observée par Moutier dans l'eczéma. Mais leur caractère fugace, leur taille relativement importante, leur petit nombre, leur association avec d'autres accidents œdémateux, facilitent le plus souvent le diagnostic.

Les gastries allergiques — et plus particulièrement les gastries œdémateuses, peuvent coexister avec certaines dermatoses. René Chevallier les a fréquemment observées chez les urticariens. Chez de tels malades, il existe entre l'œdème gastrique et l'urticaire des phénomènes d'association, d'alternance ou de substitution tout à fait nets. Les observations que l'on va lire concernent divers cas de gastries œdémateuses pseudo-organiques évoluant chez des urticariens et dans un cas de dermatose ichtyosiforme.

OBSERVATION N° XIII

(Dr. René CHEVALLIER et RACOUCHOT)

Ma... 30 ans. Les premiers troubles gastriques ont débuté en 1929. C'étaient de violentes crampes épigastriques survenant deux heures après le repas du soir, par courtes périodes de deux à trois jours. Avec des rémissions plus ou moins prolongées ces crises douloureuses se répétèrent pendant plusieurs mois puis disparurent. En 1932 de nouvelles crises survinrent avec le même

horaire et la même périodicité pendant deux mois. En 1937 les crises réapparaissent puis se rapprochent et depuis 6 mois le malade souffre tous les jours. Il y a un mois, de violentes crampes épigastriques survenues 1 heure après le repas de midi, se sont terminées vers 17 heures par une hématemèse de sang rouge qui ne s'est pas reproduite. Le malade est examiné en octobre 1937. On découvre des signes d'insuffisance hépato-biliaire : constipation, migraines avec nausées et vertiges, urticaire extrêmement prurigineuse à larges placards sur les fesses, les cuisses, le dos. *Cette urticaire est contemporaine des premières crises gastriques.* Elle est provoquée par les œufs mais survient sans causes apparentes, divers aliments étant mal supportés. Il est à noter que l'urticaire, fréquent en période d'accalmie, disparaît dès le retour des crises gastriques.

14

L'examen clinique est négatif. T. A. —

9

Urines : ni sucre, ni albumine. Réflexes normaux.

— Les radiographies gastro-duodénales en série de 1937 à 1939 sont négatives.

— Le chimisme gastrique décèle une légère hypochlorhydrie.

— La recherche du sang dans les selles d'abord positive devient négative après la mise en œuvre du traitement.

— Tous les traitements classiques des diverses gastropathies et de l'insuffisance hépatique restent inactifs ou sont mal supportés.

Une première gastroscopie (Dr. René Chevallier, X-37), après suppression pendant quelques jours de tous les allergènes alimentaires, montre une muqueuse gastrique indemne de toute lésion. Trois mois plus tard l'épreuve de « l'œdème fugace gastrique provoqué » est tentée. Le

malade absorbe l'avant-veille, la veille matin et soir, puis trois heures avant l'examen, un mélange de lait et d'œufs battus. Au moment de l'examen surviennent une migraine et des pesanteurs épigastriques sans urticaire. La gastroscopie découvre un état œdémateux diffus de l'antrum et de la moitié inférieure du fundus. L'œdème atteint son développement maximum sur le pilier antérieur du sphincter antri. C'est un œdème de type angioneurotique, non mamelonné, lisse, à larges ondulations. Le pylore légèrement œdématié, conserve un jeu normal.

Quatre jours plus tard, migraine et douleurs gastriques ayant disparu, on voit survenir une forte poussée urticarienne qui s'efface au bout de 24 heures. Puis le tableau clinique se modifie. Des crises douloureuses épigastriques précoces, isolées ou avec pesanteurs et ballonnements, surviennent par périodes de 15 jours. Une violente poussée d'urticaire s'est produite en période d'accalmie gastrique.

Devant l'échec des autres modes de traitement, en février 1938, on tente la désensibilisation spécifique à l'aide de l'antigène ultra-filtrable de H. Thiers et René Chevallier retiré du repas déclanchant. Vingt injections sont pratiquées, les premières intra-dermiques, les autres sous-cutanées. Aucune réaction locale. Dès les premières injections les douleurs gastriques disparaissent. L'asthénie et l'inappétence, accusées au début, disparaissent dès les dernières injections et le malade plus fort et plus actif présente de véritables fringales. A l'issue du traitement *tous les accidents* ont disparu, *tous les aliments* sont bien supportés. Un traitement de consolidation est institué par la suite (peptonothérapie préprandiale, adrénaline et chlorure de calcium). En mai 1939 le malade qui ne suit plus ni régime ni traitement se considère guéri. Tous les accidents ont disparu, il n'a plus de signes d'intolérance aux œufs et à la bière, seul le café au lait provoque parfois une légère sensation d'écœurement.

OBSERVATION N° XIV

(PAVIOT et René CHEVALLIER) (37)

Mlle Y..., 17 ans, employée. Rien de particulier dans les antécédents. Depuis trois ans, par périodes de quelques jours, avec des accalmies de deux à trois semaines, la malade présente de violentes crampes épigastriques survenant une heure après le repas de midi et quatre heures après le repas du soir. Elle est sujette à des indigestions faciles et à de brusques crises de vomissements alimentaires et de diarrhée. Constipation habituelle. Poussées urticariennes très prurigineuses datant de plusieurs années, parfois localisées mais le plus souvent généralisées, intenses, avec de vastes placards œdémateux et parfois de l'« œdème de Quincke » de la face, boursouflant les paupières et les lèvres. Depuis quelques mois les crampes épigastriques s'accompagnent régulièrement de vomissements alimentaires, bilieux, très acides, qui ne calment pas le paroxysme douloureux. En outre, des céphalées assez fortes précèdent le vomissement.

Tous les éléments du syndrome (crampes épigastriques de type ulcéreux, poussées urticariennes, migraines avec vomissements, crises intestinales avec diarrhée) sont infailliblement déclenchés par l'ingestion de lait ou d'œufs. L'ingestion à un repas de l'un de ces deux aliments provoque quatre à cinq heures plus tard, la poussée urticarienne qui dure deux à quatre jours. Pendant cette période, la crise pseudo-ulcéreuse apparaît avec son horaire habituel et s'accompagne généralement de vomissements migraineux. Elle dure aussi longtemps que l'éruption urticarienne malgré la suppression aux repas suivants de l'aliment déchaînant.

Pas de sang dans les selles. Légère hyperchlorhydrie.

L'examen radiologique en période de crise montre, soit un retard net de l'évacuation par spasme pylorique, soit « un non-remplissage antral fugace ». En période d'accalmie les images redeviennent normales.

L'examen gastroscopique (Dr. René Chevallier) montre un œdème antro-pylorique fugace typique. L'œdème, pendant l'accès gastralgique, masque complètement le pylore. Il est assez exactement limité à l'antrum et au sphincter antral. Cet œdème disparaît brusquement en période d'accalmie.

Un examen pratiqué cinq heures après l'ingestion de lait et d'œufs permet de surprendre, pendant une gastroscopie prolongée, l'apparition de l'œdème antral fugace, qui se développe en quelques instants, en même temps qu'apparaissent les douleurs épigastriques et l'éruption urticarienne.

La malade est soumise au traitement de désensibilisation spécifique par l'antigène ultra-filtrable (H. Thiers et René Chevallier) (repas d'épreuve à base de lait et d'œufs). Une intra-dermo-réaction préalable a donné une réponse très positive avec réveil de courte durée de tous les accidents. Dès les premières injections intradermiques, on constate une sédation rapide et bientôt complète de tous les éléments du syndrome ; à la dixième injection, la malade se considère complètement guérie ; elle absorbe chaque jour du lait, de la crème et des œufs et ne présente plus aucun trouble. Son teint s'est éclairci, elle a repris du poids, se sent plus forte.

Le traitement est interrompu à la vingtième injection. La malade revue à plusieurs reprises ne suit aucun régime et la guérison paraît assurée.

OBSERVATION N° XV

(PAVIOT et René CHEVALLIER) (34)

Mme S..., 42 ans, rentre à la clinique médicale du Professeur Paviot après l'apparition simultanée, il y a quelques mois, d'une part de troubles dyspeptiques progressifs, du type flatulent, sans horaire ni périodicité nets, et d'autre part, de migraines avec nausées, scotome et vertiges infailliblement déclenchés par l'ingestion d'œufs, de lait ou de graisses. Pas d'urticaire. Amaigrissement de 6 kgs; anémie et asthénie.

Rien d'autre de particulier dans les antécédents.

L'examen radiologique de l'estomac pratiqué en période d'accalmie, ne montre aucun signe d'organicité.

En période troublée, au contraire, on constate un spasme prolongé du pylore avec retard important de l'évacuation et état érodé transitoire des courbures antrales.

Le chimisme gastrique révèle une hypochlorhydrie nette (à jeun : Cl H libre = 0; Ac. tot. = 0,36 % ; après dégustation d'épreuve : Cl H libre = 0,59; Ac. tot. = 1,08 %.

Weber dans les selles : constamment négatifs.

Cholesterol sanguin : 1 gr. 70 %.

La malade présente, en outre, depuis l'adolescence, une dermatose ichtyosiforme, non prurigineuse, caractérisée par l'aspect sec et écailleux des téguments, particulièrement intense aux membres inférieurs, à l'abdomen et au dos. Cette dermatose, depuis l'apparition des accidents dyspeptiques et migraineux, s'est manifestement aggravée, tendant à se généraliser.

Une première gastroscopie (René Chevallier) est pratiquée deux heures après l'ingestion d'un repas

d'épreuve à base de lait et d'œufs. Ce repas, qui a déclanché la migraine et les troubles dyspeptiques habituels, a été retiré au bout d'une heure, par tubage, en vue de son ultra-filtration.

L'examen met en évidence *un œdème antro-pylorique important*, qui atteint son développement maximum sur le sphincter de l'antra et, plus particulièrement, sur son pilier antérieur. Cet œdème de l'antra réduit considérablement la lumière antrale et rend difficile l'examen du pylore qui, contracté en permanence et à peine infiltré, apparaît, au fond du tunnel œdémateux, sous l'aspect d'une image stellaire extrêmement ténue. On note *un état succulent et légèrement congestif de toute la muqueuse fundique*, particulièrement marqué le long de la voie gastrique et sur les parties contiguës des faces.

Aucune ulcération, aucune érosion, aucune lésion inflammatoire ou atrophique; aucun aspect même très fruste, offrant quelques points de ressemblance avec l'ichtyose cutanée. Tout au plus, la muqueuse, hypomyxique, est mate et très faiblement miroitante.

Traitement de désensibilisation spécifique à l'aide de l'antigène ultra-filtrable (H. Thiers et René Chevallier). A la trentième injection de l'ultra-filtrat, les troubles dyspeptiques et les migraines ont complètement disparu. La malade absorbe impunément les œufs, le lait et les graisses. *On a, d'autre part, la surprise de constater que la dermatose ichtyosiforme s'est presque entièrement dissipée.* Dans le dos et sur l'abdomen la peau a partout retrouvé sa souplesse et son aspect habituels. Les lésions, très atténuées et en voie de disparition, ne restent visibles que sur les membres inférieurs, où elles réalisent de petites aires irrégulières ou confluentes.

Une nouvelle gastroscopie est pratiquée 2 heures après l'ingestion d'un repas d'épreuve à base de lait et

d'œufs qui, cette fois ne provoque aucun trouble. Il n'y a plus trace d'œdème et la muqueuse a retrouvé son coloris normal rouge géranium. Simplement une forte hypermyxie avec lac muqueux abondant. Un mois plus tard la malade ne présente plus que des troubles discrets et se déclare complètement guérie.

B. — La dermatose s'accompagne de gastrite atrophique

(avec ou sans anachlorhydrie, (avec ou sans hypochromie).

Tel est le cas du prurit anal leucodermique et de l'urticaire.

1° En 1934, P. Chevallier et ses collaborateurs ont étudié une forme particulière de prurit anal, qu'ils ont individualisée sous le nom de prurigo leucodermique (8). Ces auteurs ont montré que cette dermatose s'accompagnait souvent de lésions gastriques, parfois d'une légère anémie et qu'elle guérissait très fréquemment par un traitement ferrugineux.

L'observation que nous rapportons concerne un malade atteint de prurit anal leucodermique, avec une anémie légère, une hypochromie et une gastrite diffuse atrophique. Nous y retrouvons tous les points signalés par les auteurs parisiens. Ils notent dans le « prurigo leucodermique » une gastrite atrophique souvent généralisée et diffuse. Pour eux les gastrites fundiques ou totales s'accompagnent d'achlorhydrie (comme dans notre cas), alors que cette dernière ne se rencontre pas dans les gastrites antrales — il n'y a le plus souvent pas d'anémie et parfois légère hy-

pochromie. Enfin ces troubles digestifs sont inconstants et s'ils existent sont constitués par des lourdeurs après les repas, rebelles aux traitements classiques et coexistant fréquemment avec la constipation. En dernier lieu — point pratiquement très intéressant — la médication ferrugineuse guérit le prurigo leucodermique et les troubles digestifs parfois associés.

OBSERVATION N° XVI

(J. GATE, René CHEVALLIER et P. CUIILLERET) (31-32)

T..., François, âgée de 59 ans, est hospitalisé le 28 mars 1935 dans le service de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille (Docteur Gaté, fiche n° 7.727) pour un prurit anal remontant à plusieurs mois. Ce malade qui est cultivateur a toujours eu une excellente santé; marié et père de trois enfants bien portants; sa femme n'a jamais eu de fausses couches. En 1933 ictère fébrile banal. Il nie l'éthylisme et la spécificité. En décembre 1934 son médecin ayant institué un traitement ioduré pour « bourdonnements d'oreilles » le malade voit apparaître une éruption éphémère généralisée, qui disparaît spontanément en quelques jours pour laisser place à un prurit généralisé intense. Ce dernier se dissipe après suspension du traitement iodé, mais persiste très intense dans la région périnéale. Celui-ci résistant aux thérapeutiques locales usuelles, le malade est envoyé dans le service. On ne constate que l'existence d'un « prurigo leucodermique typique » de la région anale, s'accompagnant de lésions de grattage du périnée et du scrotum. On ne trouve pas d'autre

lésion cutanée ou muqueuse. Le prurit ano-périnéal est particulièrement intense, avec des crises paroxystiques violentes entraînant un grattage irrésistible.

Aucun signe d'insuffisance hépatique.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Wassermann dans le sang : négatif.

Tension artérielle : 13/7.

Le malade qui jusqu'ici n'avait rien remarqué d'anormal du point de vue digestif, signale depuis trois mois (époque à laquelle remonte le début du prurit ano-scrotal) quelques troubles digestifs discrets : digestions lentes, pénibles avec pesanteur épigastrique et ballonnement de suite après les repas surtout à midi. Ni crises douloureuses, ni vomissements. Constipation habituelle et actuellement langue saburrale.

Le chimisme gastrique (après dégustation d'épreuve) montre :

1° A jeun (20 cm³ de liquide gastrique) : acidité totale de 0 gr. 60 0/00. Cl H libre étant nul;

2° 1^{er} prélèvement de 15 cm³ : acide libre, 0. Ac. tot. 0,45 0/00; 2° échantillon de 10 cm³ : acide libre, 0. Ac. tot. 0,36 0/00.

Weber dans les selles à plusieurs reprises : négatif.

Un examen hématologique a donné :

Hémoglobine : 80 %;

Valeur globulaire : 1.02;

Globules rouges : 3.906.000;

Globules blancs : 9.301;

Polynucléaires : 68 %;

Eosinophiles : 5 %.

Mononucléaires : 10 %;

Lymphocytes : 17 %.

Les examens radioscopiques et radiographiques gastro-duodénaux en série montrent un estomac petit, haut situé. Contractions très précoces et énergiques.

Le bulbe duodénal est légèrement dilaté et injecté de façon permanente. Le pylore largement ouvert livre immédiatement passage à la bouillie qui injecte en quelques minutes tout le grêle. Les parois sont souples, mobilisables et sans signe d'infiltration inflammatoire ou néoplasique de l'estomac. L'évacuation est complète au bout d'une heure.

A l'examen gastrosopique (Docteur René Chevallier) on découvre des signes typiques de gastrite atrophique diffuse, s'étendant à toute la surface de l'estomac. La muqueuse d'un blanc sale, parfaitement lisse est parcourue par endroits de fines arborisations vasculaires bleutées; les plis ont complètement disparu, sauf dans la partie haute de la face antérieure près du fornix où persistent quelques rares plis, sinueux, sans relief, isolés et vite effacés. Le pylore béant, animé de très faibles mouvements de contraction et de décontraction presque invisibles, paraît taillé à l'emporte pièce, sans aucun pli radié, au fond d'un antre dont la muqueuse décolorée est uniformément aplanie. Sur toute la surface gastrique, la muqueuse est mate, avec de place en place, de petits îlots laiteux de mucus concrété. Les parois durant tout l'examen, sont le siège de vastes ondulations qui se succèdent presque sans interruption et masquent même parfois l'image pylorique. Aucune lésion ulcéreuse, inflammatoire, hémorragique, ni néoplasique. Il n'y a pas d'intolérance à l'air. Tout se résume en une gastrite atrophique diffuse généralisée avec hyperkinésie gastrique.

En présence de ces résultats, notre malade est soumis au traitement ferrugineux (protoxalate de fer à hautes doses, 3 gr. par jour per os). Tolérance parfaite. Les phénomènes prurigineux cessent rapidement. Le malade quitte le service en juin 1935, complètement

soulagé. Depuis, il nous a donné de ses nouvelles et récemment son prurit n'avait pas réapparu et il n'éprouvait plus aucun trouble digestif.

2° Les atrophies gastriques chez les urticariens seraient très fréquentes d'après Paul Chevallier et F. Moutier qui les ont bien étudiées. Elles pourraient être parfois précédées de gastrite mamelonnée ; mais elles rentrent dans le groupe des gastropathies muettes ou presque muettes. Les troubles dont elles peuvent s'accompagner ne sont ni constants, ni caractéristiques. Pour René Chevallier également ce sont des lésions silencieuses qui ne s'observent jamais dans les gastropathies douloureuses, pseudo-organiques des urticariens.

C. — La dermatose s'accompagne de gastrite mamelonnée

Certaines glossites (en particulier la glossite de Hunter, la glossite mamelonnée, la langue rasée partielle ou diffuse) ont fait l'objet également d'investigations, qui ont été rapportées par MM. Paul Chevallier, F. Moutier et leurs collaborateurs (6, 9). Ils ont pu voir que la gastrite mamelonnée est fréquente alors que la langue mamelonnée est rare. L'existence de cette dernière est toujours révélatrice d'une gastrite mamelonnée alors que l'inverse n'est pas vrai. L'aspect mamelonné de la glossite reproduit exactement celui de la gastrite avec laquelle elle coexiste toujours.

D. — La dermatose s'accompagne de gastrite polymorphe

C'est ici la question des eczémas que nous abordons, étudiée particulièrement par MM. P. Chevallier et F. Moutier (10, 16). En un pareil domaine, la clinique est souvent trompeuse, car la plupart des eczémateux, chez qui on admet si facilement l'existence des troubles digestifs, ne se plaignent habituellement pas de l'estomac. Ici la radiologie et l'étude du suc gastrique sont d'un faible secours. Or, à notre surprise, la gastroscopie va nous révéler souvent l'existence de gastrite intense là où la clinique et les autres modes d'investigation s'avéraient complètement muets. Sur plus de 40 malades étudiés, les auteurs parisiens, dans 16 cas, ont trouvé un estomac normal au gastroscopie. Dans 5 autres cas, les modifications relevées étaient discrètes (myxorrhée considérable, muqueuse pâle, élargissement des pôles gastriques). Dans tous les autres cas, les altérations étaient caractérisées et réalisaient des types de gastrite variables. Nous retrouverons ici le polymorphisme descriptif auquel la dermatologie nous a habitué et dont on lui fait parfois grief. Selon l'intensité, l'étendue du processus congestif, la muqueuse gastrique offrira des aspects très divers, s'apparentant aux images non moins variées des manifestations eczémateuses tégumentaires : rougeur, œdème, fissuration, vésiculation, épithélite desquamative, pultacée, aphtoïde ou ulcéreuse ; telles sont si l'on

peut dire les lésions élémentaires les plus fréquemment rencontrées.

D'autres fois, la muqueuse apparaîtra hypertrophique, mamelonnée, ou au contraire franchement lisse, atrophique et nacrée. Mais la diversité de ces aspects morphologiques ne fait que traduire l'existence de gastrites, dont le nombre est limité et dont l'individualisation anatomo-clinique a été poussée déjà fort loin. C'est, d'une part, la gastrite aiguë plus ou moins diffuse qui semble représenter l'image gastrosopique la plus couramment observée dans l'eczéma ; c'est, d'autre part, la gastrite mamelonnée et surtout la gastrite atrophique, cette dernière s'accompagnant souvent, dans ses localisations fundiques, d'hypo ou d'anachlorhydrie complète, et qui ne représentent peut-être d'ailleurs que l'aboutissement de certaines gastrites aiguës mamelonnées. Nous verrons ultérieurement l'interprétation qu'il est possible de donner à ces faits et nous nous demanderons, comme l'a fait P. Chevallier, s'il est permis, à propos de certaines gastrites vésiculeuses, de prononcer le mot apparemment audacieux « d'eczéma gastrique ». Pour l'instant, bornons-nous à dire que ce n'est pas tant dans l'eczéma aigu vésiculeux, autrement dit l'eczéma banal, que l'on rencontre les plus belles gastrites, mais bien davantage dans l'ensemble des dermatoses constituant l'eczéma séborrhéique de Unna : eczématides nummulaires, eczémas intertrigineux pityriasiques généralisés, etc. C'est précisément dans un eczéma séborrhéique ancien, invétéré, rebelle, généralisé peu à peu au point de dé-

terminer une véritable érythrodermie, qu'il a été procédé à une gastroscopie qui a révélé une gastrite aiguë extraordinairement intense et superposable en tous points à la dermite eczématiforme de notre malade. Avec celle-ci nous rapportons quatre autres observations d'eczéma où nous trouverons tous les degrés de troubles digestifs, avec différents aspects de gastrites.

OBSERVATION N° XVII

(J. GATÉ, H. THIERS, R. CHEVALLIER et P. MICHEL) (30)

R..., Félicie, 34 ans, a été adressée par le Docteur Michel dans le service du Docteur Gaté le 3 août 1933 (fiche n° 6.121). *Elle présentait alors un eczéma d'allure séborrhéique intéressant d'une part la face, la région cervicale et la partie supérieure du thorax, d'autre part la partie inférieure du ventre, les plis inguinaux, la face interne des cuisses et les plis sous-mammaires.* Son eczéma remontait déjà à une douzaine d'années environ et était apparu en 1919, un mois et demi après une appendicectomie. Cet eczéma procédait par poussées intermittentes avec entre elles des rémissions assez longues. La malade vue lors d'une poussée alors qu'elle était hospitalisée dans le service du Professeur Favre à l'Hôtel-Dieu en 1930 présentait à cette époque déjà le tableau clinique identique à celui réalisé au moment de son entrée à l'Antiquaille. Des applications sulfocadiques en avaient eu aisément raison et la dermatose ne présentait pas alors un caractère aussi rebelle. Notons que cette poussée apparue en 1930 avait succédé à des manifestations gastriques de type ulcéreux, avec héma-

témèses pour lesquelles une gastro-entéro-anastomose avait été pratiquée dans le service du Professeur Cotte. Aucun ulcère gastrique n'avait été découvert.

Aucun autre antécédent pathologique en dehors de ceux mentionnés ci-dessus. La malade hospitalisée le 3 août 1933 dans le service du Docteur Gaté fut soumise d'abord à des injections d'hyposulfite de magnésium avec des applications locales de goudron. Une très grosse amélioration ne tarda pas à paraître et le 6 septembre 1933, la malade quittait l'hôpital à peu près complètement guérie. Elle y revenait bientôt le 7 octobre 1933 pour une récurrence de son eczéma dans les mêmes territoires. Depuis cette date, elle n'a pratiquement pas quitté le service et malgré tous les efforts thérapeutiques qui ont été faits, sa dermatose a non seulement résisté *mais encore s'est étendue à la presque totalité des téguments, réalisant une véritable érythrodermie.*

Tour à tour, l'hyposulfite de soude en injections intra-veineuse, l'Emgé Lumière, la protéose d'Oreil, les extraits spléniques divers, l'autohémothérapie, les auto-vaccins intestinaux (entérocoques, colibacilles) ont pu à certaines heures apporter de courtes rémissions, mais à aucun moment nous n'avons entrevu de guérison véritable. Cette malade fut envoyée à la Bourboule; on a institué des injections d'insuline (23 injections de 15 unités) en raison d'une glycémie à 1 gr. 60. Elle a reçu entre temps des extraits d'ovaires, des extraits orchitiques. Suspectant le rôle possible d'une « focal infection » d'origine dentaire (caries et kystes dentaires) la denture a été revue et remise en état. Elle fut irradiée par des rayons de Bucky qui ne furent pas plus heureux. Nous n'avons pas mentionné les nombreuses thérapeutiques locales qui tour à tour furent essayées. Tout ce qui pouvait être tenté l'a été. Décou-

ragés nous avons accepté l'offre de MM. Thiers et René Chevallier d'examiner cette malade au point de vue gastrique. Le 23 octobre 1935 à la clinique du Professeur Paviot, la malade est examinée tant au point de vue clinique que radiologique. Le résultat fut négatif. Le fonctionnement de la bouche gastro-entéro-anastomose est tout à fait normal. La malade présente un dégoût marqué pour le lait et les œufs dont l'ingestion sans effet net sur l'eczéma déclenche parfois le retour des douleurs gastriques (pesanteurs ou crampes épigastriques).

Le chimisme gastrique montre une anachlorhydrie totale.

Réaction de Weber dans les selles ; négative à plusieurs reprises.

Le liquide gastrique retiré par tubage après dégustation d'épreuve est extrêmement visqueux.

Gastrosco pie (René Chevallier). — L'examen endoscopique pratiqué en période de crises douloureuses gastriques et de poussée érythrodermique aiguë de la face montre *un état congestif et succulent de la région antro-pylorique particulièrement net sur le sphincter antri qui forme un gros boudin œdémateux et carminé dont l'aspect est tout à fait comparable à celui des muqueuses labiales très tuméfiées*. Partout ailleurs la muqueuse est également très colorée. Le pylore de nuance rouge vif, légèrement boursoufflé, est le siège d'un spasme presque permanent et ses décontractions, très rares, sont brèves et incomplètes. La bouche anastomotique est aux trois quarts masquée par le pilier antérieur, distendu, du sphincter antri. On découvre, sur la petite courbure, immédiatement au-dessus de l'angle gastrique, des signes assez discrets de *gastrite mamelonnée* dont les élevures peu distinctes débordent à peine sur les segments contigus des faces. Dans la

région fundique la muqueuse, exempte de mucus, de ton mat, présente sur de larges aires, un aspect desséché. Un examen prolongé et systématique des courbures et des faces, favorisé par une forte insufflation, ne permet de découvrir aucune image d'ulcère en activité ni d'ulcération dormante ou cicatrisée. Il s'agit en somme d'un *estomac uniformément rouge, amyxorrhéique*, avec œdème carminé de la région antro-pylorique et *gastrite mamelonnée* limitée de la voie gastrique sus-antrale.

De nouvelles tentatives thérapeutiques furent réalisées .

1° On essaya des injections d'acides aminés (histidine et tryptophane) sans résultat qu'une légère sédation des troubles gastriques;

2° Essai de l'antigène ultra-filtrable (Thiers et René Chevallier). Sans effet sur l'eczéma, mais disparition des troubles gastriques;

3° Injections intra-veineuses de ferri-scorbone (Arloing, Morel et Josserand). Dès la sixième injection on obtint une atténuation de l'érythrodermie et une sédation presque complète du prurit. La malade est actuellement incontestablement améliorée. De telles rémissions se sont souvent produites transitoirement et il importera d'en observer la durée.

OBSERVATION N° XVIII

(H. THIERS et René CHEVALLIER)

Mme Chap..., 46 ans, charcutière.

L'histoire clinique de la malade a trois périodes.

1° 1930. — A 40 ans survient un eczéma prurigineux des deux jambes. Il est suivi d'une poussée rhu-

matismale de toutes les articulations du membre supérieur, de celle du genou et du pied. Les articulations dit-elle étaient « rouges, gonflées, douloureuses ». Puis apparaissent à la face interne des cuisses, aux aisselles, des éléments de névrodermites, en même temps que s'installe un prurit anal et vulvaire avec placard de lichénification. La malade va à Aix-les-Bains ; la cure entraîne la guérison de tous les accidents rhumatismaux et cutanés. Seule le prurit persiste très atténué.

2° 1936. — Les années suivantes les accidents rhumatismaux ne se reproduisent pas. Mais de nouveaux placards très localisés, nummulaires, d'eczéma avec lichénification apparaissent sur le membre inférieur et dans l'aisselle droite. En outre on a un retour offensif du prurit ano-vulvaire. L'examen montre un vaste placard d'eczéma vulvaire avec une muqueuse blanchâtre en voie de lichénification. La glycémie est normale. La malade signale *qu'elle présente depuis le début de sa maladie des troubles digestifs importants*. Les digestions sont lentes, difficiles. Peu de temps après les repas surviennent des sensations douloureuses de pesanteur, de constriction qui siègent à l'épigastre et n'irradient pas. Elles s'accompagnent souvent de ballonnement.

L'interrogatoire montre que ces divers accidents sont nettement liés à l'ingestion de certains aliments (charcuterie, corps gras, plus rarement œufs, crème). Ces aliments « la charcuterie surtout » dont la malade fait un large usage, déclanchent en même temps que les troubles gastriques une forte poussée de prurit dans toutes les zones atteintes d'eczéma (eczéma vulvaire, placards de névrodermites). Les œufs provoquent en outre quelques heures après leur ingestion une impression de congestion douloureuse du foie. Les examens radiologiques de l'estomac ne découvrent rien d'anormal.

Une gastroscopie (Docteur René Chevallier) est pratiquée après ingestion pendant plusieurs jours des allergènes alimentaires (charcuterie, corps gras). Le jour de l'examen les troubles gastriques et cutanés sont au maximum. L'endoscopie montre à la partie moyenne du fundus un gonflement œdémateux massif des deux courbures et des deux faces de type angioneurotique. Cet œdème revêt l'aspect d'un large bourrelet presque annulaire qui réduit de moitié la lumière de l'organe. Il remonte en s'effaçant peu à peu le long de la petite courbure jusqu'au sous-cardia. Au-dessous du sphincter antri, il disparaît brusquement et l'antré, très allongé, est revêtu d'une muqueuse normale. Le pylore non œdématisé, entouré de nombreux plis radiés se contracte régulièrement. Dans toute la zone soulevée par l'œdème la muqueuse est rouge, faiblement miroitante, pauvre en mucus. L'aspect est celui d'une « *gastrite œdémateuse* ». Devant l'échec de tous les autres modes de traitement on se décide à tenter la désensibilisation spécifique à l'aide de l'antigène ultra-filtrable de H. Thiers et René Chevallier. Cet antigène est retiré en pleine crise (eczéma nummulaire des jambes, prurit ano-vulvaire, avec lichénification, épigastralgie et troubles digestifs) d'un repas déclanchant à base de charcuterie et de corps gras. Trente injections (intra-dermiques puis sous-cutanées) sont pratiquées sans incidents. Elles entraînent rapidement la disparition simultanée des lésions cutanées et vulvaires et des troubles gastriques.

Un an plus tard la guérison est toujours complète.

3° 1937. — La malade est revue à l'occasion d'un rhumatisme généralisé avec déformations. L'aspect est celui d'une poly-arthrite de Charcot au début. Il existe une légère hydarthrose des deux genoux. Les mains sont

tuméfiées, les articulations des phalanges gonflées et douloureuses, les poignets empâtés.

La sédimentation globulaire est très accélérée :

Au bout d'une heure, 45 mm.; au bout de deux heures, 80 mm.; au bout de 24 heures 117 mm.

L'urée sanguine : 0 gr. 34 0/00.

L'acide urique : 23 mgr. seulement.

On a recours aux injections intra-veineuses d'hypo-sulfite de soude; 12 injections sont pratiquées en 1 mois. A la fin de cette période tous les accidents rhumatismaux ont complètement disparu. Il n'y a plus aucune déformation.

Un an et demi plus tard la guérison se maintient. Les accidents rhumatismaux et cutanés, et les troubles gastriques ne se sont pas reproduits. Tout au plus note-t-on, très rarement d'ailleurs, un léger et fugace prurit vulvaire à la suite des excès de charcuterie.

OBSERVATION N° XIX

(Professeur PAVIOT et Docteur René CHEVALLIER)

Mme Ni..., 40 ans.

Malade présentant un eczéma des mains.

Accompagnant ce dernier existent des brûlures épigastriques tardives sans irradiations, à caractère nettement périodique.

L'examen radiologique gastro-duodénal est négatif.

Examen gastroscopique le 5 juin 1936 (Docteur René Chevallier) :

Examinée en période douloureuse, la muqueuse gastrique paraît dans son ensemble très congestive, très rouge. Légèrement œdématiée, elle revêt dans la région antro-pylorique un aspect succulent. Le pyllore, bour-

soufflé, fait saillie dans la cavité antrale. Il est en partie masqué par le débord du pilier antérieur du sphincter antri qui est distendu en fuseau dans ses deux tiers supérieurs par un œdème massif et localisé, de couleur rouge cerise. La muqueuse humide et miroitante dans la partie haute du fundus est totalement amyxique, sèche, sans reflets dans toute la région antro-pylorique.

OBSERVATION N° XX

(Docteurs GATÉ et René CHEVALLIER)

Ch... Léon, 53 ans (Antiquaille, fiche 9582).

Malade travaillant dans la teinturerie. Comme antécédents particuliers, il présente depuis 1930 des crises d'asthme typique assez fréquentes. Depuis quelques années, également, il souffre par périodes de quelques jours de crampes épigastriques tardives, survenant 2 à 3 heures après les repas. Il se plaint également de pesanteurs et de ballonnements post-prandiaux. Il est sujet aux céphalées migraineuses.

L'examen radiologique (estomac et duodénum) est négatif.

Le malade est entré dans le service parce qu'il présente depuis un an environ des lésions eczématiformes des deux mains. Les lésions ont débuté sur la face dorsale des premières phalanges des doigts, puis se sont étendues aux deux mains. Actuellement (22 mai 1937), nous voyons des lésions érythémato-squameuses fissuraires avec prépondérance des fissures au niveau des plis de flexion des doigts.

L'examen gastroscopique (Docteur René Chevallier) pratiqué le 25 mai 1937), en période douloureuse, découvre un gonflement œdémateux du sphincter antri

assez important, qui masque en grande partie la cavité antrale. Cet œdème, rouge cerise, atteint son développement maximum sur la partie haute du pilier antérieur du sphincter de l'antra qui, lisse, saillante, revêt un aspect polypoïde. La muqueuse de l'antra, de couleur rouge cerise également, n'est que très légèrement œdématisée. Le pylore n'est pas épaissi et a conservé ses mouvements normaux.

OBSERVATION XXI

(Docteurs GATÉ et René CHEVALLIER)

Per... Henri, 56 ans (Antiquaille, fiche 6842).

Malade sans aucun antécédent digne d'être signalé. Il présente un eczéma généralisé datant de dix ans, sans jamais avoir eu le moindre trouble gastrique.

Une gastroscopie pratiquée le 13 janvier 1937, par le Docteur René Chevallier, montre des modifications discrètes de la muqueuse gastrique qui, dans son ensemble, est légèrement congestive, surtout dans le segment sus-antral du fundus. La muqueuse « hypomyxique », sèche, a perdu son aspect miroitant habituel. Les plis sont rares et peu saillants. Le péristaltisme antro-pylorique est normal.

Il est intéressant de souligner chez notre malade (XVII) l'existence d'un passé douloureux gastrique qui, en 1929, avait conduit des cliniciens avertis à poser le diagnostic d'ulcus gastrique. Une gastro-entéro-anastomose fut réalisée et on ne constata aucun ulcère. Il s'agissait vraisemblablement déjà d'une gastrite analogue à celle vue par le gastroscopie, se

séparant des faits observés par Paul Chevallier et Moutier qui insistent sur le mutisme habituel de ces gastrites chez les eczémateux. Si les gastrites les plus intenses sont généralement indolentes, René Chevallier a constaté que les accidents gastralgiques étaient presque toujours en relation avec l'évolution d'un œdème angioneurotique du type observé dans les gastrites œdémateuses et ne s'en distinguant que par son aspect rouge-cerise. A telle enseigne que, pour cet auteur, la découverte, chez les eczémateux, d'une gastrite œdémateuse, à œdème rouge, doit faire suspecter la nature allergique de cet eczéma. L'observation XVIII en offre un exemple frappant. En résumé, d'après nos observations, il importe de retenir l'existence fréquente chez les eczémateux, de gastrites parfois muettes, souvent intenses, en discordance tout au moins avec leur traduction clinique. Ces dernières semblent évoluer selon un rythme assez rigoureusement parallèle à celui des manifestations cutanées et c'est, semble-t-il, dans les eczémas extensifs ardents, que l'on observe les plus beaux types de gastrite.

CHAPITRE DEUXIEME

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

Sur le plan de la pathologie générale, les faits que nous avons rapportés posent, comme nous le disions au début, sous un jour absolument nouveau la question des rapports entre l'estomac et les dermatoses. Il y a certes là un problème de trop vaste envergure pour que nous puissions l'aborder ici de façon complète et notre intention est seulement d'apporter les quelques commentaires que doivent tout naturellement susciter les récentes constatations faites au gastroscopé. Celles-ci sont encore trop parcellaires pour qu'elles puissent servir de base à une conception d'ensemble ; elles permettent néanmoins de poser quelques jalons.

A. — Dans un premier groupe de faits, nous voyons la peau et l'estomac intéressés par un processus analogue. C'est le cas pour le lichen plan, les aphtes et la gastrite aphtoïque, l'hydroa, le mycosis fongoïde, pour les lésions papuleuses ou œdémateuses de l'urticaire, et pour les macules du purpura. Il n'est pas douteux que, dans tous ces cas, les lésions gastriques et cutanées représentent des localisations différentes d'un même processus encore énigmatique pour certaines dermatoses, mais bien connu et de

nature allergique dans l'urticaire. « L'urticaire, dit Paul Chevallier, a la disgrâce d'être considérée comme une maladie de peau. Elle est une maladie générale qui possède des manifestations cutanées fréquentes, ce qui ne veut pas dire constantes ».

De nombreux faits témoignent au surplus de l'origine allergique commune des accidents gastriques et cutanés. Parmi les plus importants nous rappellerons l'épreuve de « l'œdème fugace gastrique provoqué » de René Chevallier, véritable démonstration expérimentale chez l'homme, et l'action thérapeutique de l'antigène ultrafiltrable de H. Thiers et René Chevallier retiré du repas déclenchant. L'épreuve de l'œdème fugace gastrique provoqué montre qu'un antigène alimentaire déterminé peut déclencher simultanément des douleurs gastriques, un œdème fugace de l'estomac et des accidents allergiques tels que l'urticaire et l'œdème de Quincke. Inversement le traitement par l'antigène ultra-filtrable peut faire disparaître simultanément les douleurs, l'œdème gastrique et les lésions cutanées (urticaire, œdème de Quincke, eczéma, dermatose ichtyosiforme).

En ce qui concerne le lichen plan les mêmes hypothèses s'offrent à l'esprit en lisant nos observations. Dans 2 cas, en effet, c'est sur le terrain de l'allergie qu'évolue le lichen cutané buccal et gastrique. Et René Chevallier a constaté, chez ces malades, que les douleurs d'estomac pouvaient être aussi bien en relation avec le lichen gastrique qu'avec l'œdème fugace associé. De nouvelles recherches seraient nécessaires pour établir s'il existe une parenté d'origine entre ces deux éléments.

B. — Dans un deuxième ordre de faits, le gastroscopie ne nous montre plus des lésions spécifiques en quelque sorte, mais nous révèle simplement la coexistence fréquente de certaines manifestations cutanées ou générales avec des altérations parfaitement caractérisées de la muqueuse gastrique. Nous en arrivons ici à la conception d'un syndrome cutanéogastrique, si l'on peut dire, dont l'interprétation peut prêter à discussion.

1° En ce qui concerne l'*eczéma*, nous avons signalé l'existence de ces gastrites polymorphes. A leur propos, deux thèses peuvent s'affronter :

a) OU BIEN LA DERMATOSE DÉPEND DE LA GASTRITE ;

b) OU BIEN DERMATOSE ET GASTRITE DÉPENDENT D'UNE CAUSE COMMUNE HUMORALE OU AUTRE.

La première de ces deux thèses est la plus classique. Elle repose sur une tradition médicale au demeurant assez vague, mais qui, à défaut d'arguments péremptoirs, se réclame d'une ancienneté certes respectable. L'estomac normal est un bon stérilisateur : son pouvoir bactéricide est dû à l'acide chlorhydrique et aux rhodanides (Lockemann et Urich). Quel rôle peut jouer dans la pathogénie des dermatoses, accompagnées d'ana ou d'hypochlorhydrie, la flore gastrique (streptocoque en particulier) et duodénale extrêmement riche (Ricen, Sears et Downing).

Paul Chevallier ne dissimule pas sa préférence pour une deuxième explication. Selon lui, certaines gastrites chroniques, atrophiques ou mamelonnées, pourraient, chez d'anciens eczémateux, jouer un rôle

favorisant dans le déclenchement de poussées inflammatoires. Mais, pour cet auteur, les gastrites des eczémateux seraient dans la majorité des cas une manifestation équivalente à la manifestation cutanée. L'aspect objectif de la muqueuse gastrique, l'évolution parallèle fréquemment observée de ces deux ordres de lésions, leur guérison fréquemment simultanée lui imposent cette manière de voir. Avec Moutier, comme nous l'avons indiqué au chapitre premier, il lui a été donné une fois d'observer une muqueuse fundique semée de vésicules ; fait qui les a amenés à admettre l'existence d'un eczéma vésiculeux gastrique. Dans l'observation XVII, la gastroscopie montrait une similitude frappante des lésions cutanées et gastriques. Dans la suivante (XVIII), nous avons vu débiter l'eczéma avec les troubles digestifs et trente injections d'ultrafiltrat amenèrent la disparition simultanée des lésions cutanées et vulvaires, et des troubles gastriques. Dès lors il nous eût été possible peut-être de ranger l'eczéma aux côtés du lichen plan ou de l'urticaire gastrique et d'admettre l'identité absolue de ces localisations différentes d'une même maladie. Il n'y a là qu'une question de mots et, si nous répugnons quelque peu à parler d'eczéma gastrique, nous sommes au contraire disposés à admettre que ces gastrites des eczémateux sont des manifestations équivalentes à celles du tégument. Nous admettons comme probable que ces gastrites puissent exister à l'état pur en dehors de toute manifestation tégumentaire et nous en arriverions ainsi à contester à l'eczéma, comme à l'ur-

ticairé, son titre exclusif jusqu'ici de maladie de la peau. Le Docteur René Chevallier, avec son maître, le Professeur Paviot, a soutenu la réalité de ces gastropathies allergiques (37), relevant chez des sujets sensibilisés à tel ou tel antigène alimentaire d'un processus biologique que nous savons précisément être celui de l'urticaire et de l'eczéma. Signalons toutefois que tout en nous déclarant entièrement d'accord avec M. Paul Chevallier sur son interprétation même des manifestations qu'il a observées, nous croyons qu'il serait préférable, pour bien opposer ces faits aux gastrites infectieuses ou autres, de leur réserver le nom de gastropathies allergiques ou gastrites. Faisons remarquer aussi que si, dans cette manière de voir, l'estomac n'est plus, comme dans la conception ancienne, rendu responsable des poussées cutanées mais seulement victime aux côtés du tégument d'une même perturbation humorale, le rôle des facteurs alimentaires à l'origine de ces différents troubles, reste absolument entier et que, par conséquent, pour révolutionnaire qu'elle soit, cette nouvelle théorie reste à certains égards des plus orthodoxes.

2° Dans *l'urticaire*, nous retrouvons le même problème. Certes, il semble résolu comme nous l'avons dit déjà à propos des manifestations papuleuses ou œdémateuses qui autorisent l'individualisation d'une urticaire gastrique. Mais où les choses se compliquent, c'est lorsqu'il s'agit d'expliquer par autre chose que le hasard, difficilement admissible, la coexistence si fréquente d'une gastrite atrophique

achlorhydrique, et parfois de certains stigmates frustes de chlorose. Y a-t-il là un syndrome dans lequel chacun des éléments est en quelque sorte sur le même plan, syndrome dont l'apparition serait déterminée par l'intervention d'une cause commune qu'il resterait à déterminer ? Ou bien, au contraire, l'urticaire cutanée serait-elle sous la dépendance de cette gastrite atrophique ? Le problème n'est pas nouveau et de tout temps l'origine digestive de certaines urticaires, désignées pour cette raison même du nom d'urticaires digestives, a eu ses partisans. Dans son mémoire récent (14), Paul Chevallier se pose les questions ci-dessus et mentionne que déjà au XIX^e siècle, Hardy faisait des troubles digestifs la cause de l'urticaire, tandis que Bazin voyait dans les troubles digestifs et le syndrome cutané « des manifestations différentes d'une même cause morbifique interne ». Pour Kaposi, l'altération gastrique précédait l'urticaire et c'est sa persistance qui expliquait l'urticaire chronique récidivante. Les recherches de Leredde et Robin sur le chimisme gastrique et les lésions sanguines des urticariens furent les préludes à la conception actuelle de Paul Chevallier qui discute avec beaucoup de détails les deux thèses en présence. Certes l'apparition d'une gastrite atrophique succédant à une gastrite traînante lui a paru, dans certaines circonstances, déterminer l'éclosion des poussées urticariennes chez des sujets jusque-là indemnes. L'efficacité parfois remarquable de la médication ferrugineuse, ou de l'acide chlorhydrique, pourrait s'expliquer aussi par l'action eutrophique

bien connue du fer et de l'acide chlorhydrique sur la muqueuse gastrique altérée. « Le poison qui déclenche les accidents, écrit P. Chevallier, pénétrerait par l'estomac à la faveur des lésions muqueuses... Il serait constitué par des molécules alimentaires n'ayant pas subi de la sécrétion gastrique déficiente, la transformation normale ». Cette explication ne séduit pas cependant l'auteur. Il fait justement remarquer, en effet, la fréquence de l'atrophie gastrique en dehors de l'urticaire. Il a observé parfois une efficacité tout à fait surprenante de la médication martiale alors même que l'atrophie gastrique ne s'en trouvait pas améliorée. Aussi, pour lui, les différents éléments du syndrome : urticaire, gastrite atrophique, altération sanguine habituellement discrète (métanémie) sont conditionnés par l'existence d'une diathèse générale d'origine encore inconnue : la chlorose. D'ailleurs, la relation de cette dernière avec des altérations gastriques est connue de longue date, à tel point même qu'une théorie gastrique de la chlorose a pu être soutenue. De vieux auteurs comme Alibert signalaient la coexistence possible de l'urticaire et de la chlorose typique. D'après P. Chevallier, aux côtés de la chlorose classique avec lésions sanguines nettes, existeraient des chloroses frustes, latentes, méconnues, susceptibles précisément de s'associer avec des manifestations cutanées, telles que l'urticaire ou, comme nous l'avons vu, le prurigo-leucodermique. Dans cette manière de voir l'efficacité de la médication ferrugineuse trouverait une explication facile. Il est assez curieux d'assister ainsi

par le processus de la gastroscopie à la résurrection bien inattendue de cette ancienne chlorose dyspeptique d'Hayem à peu près complètement oubliée. Précisons, d'ailleurs, que Paul Chevallier n'entend faire rentrer dans ce cadre que les urticaires strictement digestives et que sa conception n'exclut en rien bien entendu, l'intervention des facteurs humoraux de sensibilisation admis par tous.

Nous avons affronté deux thèses classiques, mais ne pourrait-il en exister une troisième, conséquence logique des deux autres ?

c) LE DYSFONCTIONNEMENT CUTANÉ NE PEUT-IL RETENTIR SUR LE TUBE DIGESTIF ET SES ANNEXES ? Ce sont là des questions posées très justement par A. Desaux et R. Dubois (29). De même que les agents toxico-infectieux peuvent traverser la muqueuse gastrique, l'épithélium intestinal, le foie, pour atteindre la peau, de même les microbes de surface, les poisons apposés sur l'épiderme sont capables, après avoir rompu la barrière de kératine et franchi le barrage cutané, de parvenir jusqu'au tractus digestif. De même le dysfonctionnement de la peau peut créer un déséquilibre humoral et nerveux, cause de troubles digestifs divers. Kaufmann, créant une dermatite expérimentale chronique sur des chiens, constata :

1° Des lésions de dégénérescence du foie avec de la gastrite juxta-pylorique. Selon lui ces lésions étaient dues à l'action toxique des produits de désintégration des albumines cutanées, produits mal définis.

2° Un fonctionnement gastrique modifié en plus ou en moins. Pendant la cicatrisation cutanée, il y avait une hypersécrétion d'acide chlorhydrique ; la sécrétion devenait normale à la guérison.

Quoi qu'il en soit, ces recherches et observations autorisent à donner une origine cutanée à certaines hypo ou hyperchlorhydries satellites de dermatoses généralisées et, par conséquent, à la toxi-infection gastro-intestinale qui en découle. Cela engage le dermatologiste à ne point accorder *a priori* un rôle étiologique au désordre digestif ou au trouble humoral accusé par le malade cutané et qui, loin d'avoir provoqué la dermatose, ne peut bien être que la conséquence de l'affection de la peau.

De la discussion de toutes ces thèses, nous pouvons prévoir la complexité des relations existant entre la peau et l'estomac. Nous pouvons envisager la réalisation des cercles vicieux : l'altération tégumentaire d'origine digestive, pour peu qu'elle soit étendue, est susceptible de retentir à son tour sur le fonctionnement du tractus gastro-intestinal ou du foie. Cela d'autant mieux que la peau et le tube digestif subissent simultanément l'action des mêmes facteurs de prédisposition morbide dont leurs désordres augmentent encore l'importance et le nombre.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Quels que soient les arguments de ces conceptions pathogéniques, ils ont eu le mérite d'orienter la thérapeutique de ces différents syndromes dermatologiques dans une voie qui s'avère féconde.

1° La médication ferrugineuse, l'acide chlorhydrique mis en œuvre ont été utilisés par P. Chevallier comme nous l'avons indiqué dans la cure du prurigo leucodermique et des urticaires s'accompagnant de gastrite atrophique anachlorhydrique. Ces manifestations « non anémiques » de la chlorose exigent, d'après P. Chevallier, des doses médicamenteuses plus importantes que la chlorose elle-même. Il conseille de commencer par 2 gr. et de ne pas craindre progressivement de porter cette dose quotidienne jusqu'à 6 gr. Le fer peut être donné sous diverses formes (de préférence protoxalate ou carbonate) en cachets de 1 gr. administrés au cours d'une ingestion alimentaire. Signalons les heureux résultats obtenus chez la malade de l'observation n° XVII après un traitement par des injections intraveineuses de ferri-scorbone (Arloing, Morel et Josserand). De toute manière l'effet de la médication ferrugineuse doit être très rapide et obtenu en quelques jours, sinon il serait souvent inutile de poursuivre la cure. Celle-ci,

au contraire, sera poursuivie très longtemps, en l'alternant avec l'acide chlorhydrique, si l'efficacité du médicament s'affirme. J. Gaté et René Chevallier ont eu l'occasion déjà de guérir le malade de l'observation XVI atteint d'un prurit anal leucodermique rebelle jusqu'ici à la thérapeutique, et chez lequel l'endoscopie avait mis en évidence l'existence d'une gastrite atrophique. Nous possédons là, semble-t-il, une ressource nouvelle, d'application commode, à laquelle il importera de songer davantage à l'avenir.

2° Une autre méthode thérapeutique efficace est représentée par le traitement des gastropathies allergiques avec le produit d'ultra-filtration du repas déchaînant (H. Thiers et René Chevallier). Il faut s'adresser à des malades présentant manifestement, sous l'influence du lait, des œufs ou de la charcuterie (Obs. VIII, XIII, XIV, XVIII), des accidents gastropathiques pseudo-lésionnels associés le plus souvent aux divers symptômes imputés à l'allergie. On donne à de tels sujets un repas déclenchant à base de lait, ou de lait et d'œufs, ou encore composé par l'aliment cause de la crise. Une heure après l'ingestion, le liquide gastrique est retiré par tubage, puis selon une technique spéciale (44, 45), on extrait l'ultrafiltrat. Ce dernier, utilisé au début de la cure par voie intradermique, puis par voie sous-cutanée, s'est avéré doué d'une valeur thérapeutique complète. Nul doute qu'il y ait là une méthode précieuse non seulement dans la cure des gastropathies eczéma-teuses ou urticariennes, mais encore dans celle des manifestations cutanées qui peuvent exister ou alterner avec elles.

CONCLUSIONS

En terminant ce travail, nous pouvons déjà mesurer l'intérêt de ces nouveaux modes d'exploration gastrique. Il apparaît bien que la gastroscopie constitue pour le médecin et le dermatologiste une méthode d'exploration des plus précieuses dont les résultats théoriques et pratiques ne sauraient être discutés.

Les travaux récents que nous avons analysés montrent à l'évidence que certains processus cutanés s'accompagnent de lésions gastriques bruyantes parfois, plus souvent muettes, mais indiscutables, de toute façon infiniment variables dans leurs modalités.

La mise en évidence de ces lésions n'est indifférente ni au diagnostic, ni à la thérapeutique. Elle peut inspirer des conceptions pathogéniques nouvelles, aider à éclairer de nombreux points encore obscurs de la dermatologie et, comme conséquence pratique, établir des thérapeutiques fécondes qui ont déjà pu guérir bon nombre de malades.

En tous cas la gastroscopie semble pouvoir revendiquer une place importante dans l'examen clinique de certaines dermatoses, de même que devant certaines lésions constatées au gastroscopie l'interroga-

toire minutieux des réactions cutanées devra rester une règle pour le clinicien.

Et ainsi par un curieux retour des choses, plus le geste se spécialise, plus la technique divise et limite le champ d'investigation, plus l'unité du malade et celle de la maladie s'affirment à nous.

Vu :
LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
P. SAVY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 30 Mai 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

1. D'AYRIGNAC. — Le chimisme gastrique dans les dermatoses. *Thèse, Paris*, 1901.
2. BERGMANN. — Coïncidence entre l'ulcus gastrique et les affections cutanées. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 30, 27 juillet 1934.
3. P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, COLIN et R. MOLINES. — Lichen plan gastrique. *Soc. Fr. de Derm. et de Syphil.* (séance du 13 déc. 1934), *Bull.*, 1934, p. 1939.
4. — L'estomac des psoriasiques. *Ibidem*, p. 1933.
5. P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, COLIN, R. MOLINES B. HANN et SEVAUX. — Erythrodermie régionale bénigne avec gastrite atrophique en aire bordée de gastrite hypertrophique. *Ibidem*, p. 1942.
6. P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, COLIN, R. MOLINES et A. SEVAUX. — Glossite mamelonnée et gastrite mamelonnée. *Ibidem*, p. 1934.
7. P. CHEVALLIER, F. MOUTIER et STEWART. — Erythrodermie pityriasique chronique en plaques disséminées (parapsoriasis en plaques): Lésions spéciales de la muqueuse gastrique. *Bull. Soc. Fr. de Derm. et de Syphil.*, 1934, p. 1643, séance du 8 nov. 1934.
- 7 bis. — Suite de la communication dans le *Bull. Soc. Fr. de Derm. et de Syphil.*, 1935, p. 1417. Séance du 11 juillet 1935.

8. P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, V. STEWART, A. SEVAUX et ELY. — Etudes nosographiques et thérapeutiques sur le prurigo leucodermique (prurit vulvaire et anal idiopathiques). *Bull. Soc. Fr. de Derm. et de Syphil.*, 1934, p. 1719.
9. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. — Langue et estomac. *Presse Médicale*, 16 nov. 1935.
10. — L'estomac des eczémateux. *Archiv. des Maladies de l'Appareil digestif*, janvier 1936, p. 75, séance du 10 nov. 1935.
11. — L'estomac des urticariens. *Ibidem*.
12. — Les localisations spécifiques des dermatoses. *Ibidem*.
13. P. CHEVALLIER. — L'urticaire maladie sans l'urticaire symptôme. Les formes viscérales de l'urticaire, en particulier la forme gastrique. *Annales de Derm. et de Syphil.*, février 1936, 2^e série, t. VII, n° 2.
14. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. — Les urticaires avec gastrite atrophique. *Ann. de Derm. et de Syphil.*, avril 1936, 7^e série, t. VII, n° 4.
15. — L'estomac dans les maladies de la peau. *Revue de Pathol. comparée*, nov. 1935, p. 1325-1331.
16. — L'estomac dans l'eczéma vulgaire à début et à prédilection antibrachiaux. *Nutrition*, 6, 19.54, 1936.
17. — Recherches gastriques dans les dermatoses (*Die. Mediz. Welt.*, n° 10, 7 mars 1936). In : résumé *Presse Médicale*, n° 41, 20 mai 1936.
18. — avec la collaboration de MM. WILMOTH, W. STEWART, R. GORSE, KAPLAN et ELY. — Hémogénie suivie depuis deux ans. Echec de la splénectomie. Examen des organes. Purpura gastrique. Remarques sur le purpura gastrique et l'hémogénie. *Le Sang*, 10, 888-894, 5 juin 1936.

19. P. CHEVALLIER, F. MOUTIER et KAPLAN. — L'estomac au cours du purpura rhumatoïde. *Le Sang*, 10, 888-894, 5 juin 1936.
20. — La gastroscopie dans les maladies du sang. L'estomac des purpuriques. *Le Sang*, 11, p. 965-967, 1937.
21. P. CHEVALLIER et F. MOUTIER. — L'expression gastrique des dermatoses. *Soc. Gastro-Entérol.*, Paris, 12 nov. 1935.
22. René CHEVALLIER. — Les aspects endoscopiques de la muqueuse gastrique chez quarante sujets présentant un syndrome de type ulcéreux. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, séance du 22 mai 1934 : in *Pr. Méd.*, 26 mai 1934, n° 42.
23. — Le diagnostic gastroscopique et le traitement des gastrites allergiques. *Le Praticien de Lyon et de la Région*, 1936, n° 4, p. 95.
24. — Les œdèmes fugaces phlycténulaires de la petite courbure. Etude gastroscopique. *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, séance du 22 avril 1936.
25. — Œdème gastrique fugace par allergie au venin d'abeille. *C. R. Soc. Biol.*, séance du 8 avril 1935, t. CXIX, p. 203.
26. — L'œdème fugace de la région antropylorique au cours des gastropathies allergiques. Etude gastroscopique. *Revue de Bronchos., Œsophagos. et Gastros.*, avril 1935.
27. — Les gastropathies allergiques sous le contrôle du gastroscopie (à propos de quatre nouvelles observations d'œdème antral fugace). *Rapports 1^{er} Congrès Int. Gastro-Ent., Bruxelles*, 1935, p. 654.

28. A. DESAUX, Ed. ANTOINE. — Retentissement chez l'adulte des désordres gastriques ou intestinaux sur la peau. *Nutrition*, n° 1, 1936.
29. A. DESAUX, R. DUBOIS. — Retentissement des réactions et des désordres cutanés sur le tube digestif ou ses annexes. *Nutrition*, n° 2, 1936, p. 175.
30. J. GATÉ, H. THIERS, René CHEVALLIER et P.-J. MICHEL. — Etat de la muqueuse gastrique dans une érythrodermie ancienne. *Soc. Fr. de Derm. et de Syphil. de Lyon*, séance du 21 janvier 1936, p. 807.
31. J. GATÉ, René CHEVALLIER et P. CUILLERET. — Prurit anal avec leucodermie. Etat de la muqueuse gastrique. Guérison par le traitement ferrugineux. *Soc. Fr. de Derm. et de Syphil. de Lyon*, séance du 21 février 1936, p. 839.
32. — Achlorhydrie et gastrite atrophique coexistant avec un prurit anal leucodermique. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 17 mars 1936.
33. J. GATÉ, H. THIERS, René CHEVALLIER et P.-J. MICHEL. — A propos des modifications gastriques dans l'eczéma. Coexistence d'un eczéma érythrodermique et d'une gastrite œdémateuse et congestive avec achlorhydrie. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 17 mars 1936.
34. — Estomac et dermatoses. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1936.
35. LORTAT-JACOB. — Relations de certains eczémas avec des ulcérations du tube digestif. *La Médecine*, nov. 1923.
36. MILIAN et PÉRIN. — Lichen plan gastrique. *Bull. Soc. Fr. de Derm. et de Syphil.*, 1936, p. 644.

37. J. PAVIOT et René CHEVALLIER. — Les gastropathies allergiques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1936.
38. M. PEYRON. — Les lésions et manifestations gastriques d'origine allergique (chez l'adulte). *Thèse, Lyon*, 1937.
39. P. SAVY et H. THIERS. — La substance d'Oriel dans le traitement des états allergiques. *Presse Médicale*, 10 nov. 1934, 90.
40. — Allergie digestive et substance d'Oriel. *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, 1935.
41. A. SEZARY. — Eczéma et allergie. *Presse Méd.*, 15 nov. 1933, n° 91, p. 1772.
42. L. SPIRO. — Relation of some diseases of skin to disorders of gastro-intestinal tract. *Bratisl Lekar Listy*, 9 : 295-298, May 1929.
43. THIBON. — Les lésions gastriques du mycosis fongique. *Thèse, Paris*, 1935.
44. H. THIERS et René CHEVALLIER. — Existence dans le liquide de digestion pepsique du lait d'un antigène déclenchant ultra-filtrable, agent de désensibilisation clinique des allergies gastriques. *Comptes Rendus des Séances de la Soc. de Biol. de Lyon*, 1936, t. CXXI, p. 693.
45. — Le traitement des allergies gastriques et de la gastrite érosive par le produit d'ultra-filtration du repas déchaînant. *Presse Méd.*, 2 mai 1936, n° 36, p. 729.
46. — Les lésions macroscopiques du choc anaphylactique par ingestion chez le cobaye sensibilisé par voie parentérale (*Comptes Rendus des Séances de la Soc. de Biol. de Lyon*, 1935, t. CXX, p. 1009.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
<i>Chapitre premier. — 1. Cas où une dermatose a sa</i>	
réplique du même type au niveau de l'esto-	
mac	13
2. La dermatose existe avec des manifestations	
gastriques diverses	36
A. — Elle s'accompagne des lésions fugaces de	
la gastrie allergique	36
B. — La dermatose s'accompagne de gastrite	
atrophique	47
C. — La dermatose s'accompagne de gastrite	
mamelonnée	51
D. — La dermatose s'accompagne de gastrite	
polymorphe	52
<i>Chapitre deuxième. — Considérations pathogéni-</i>	
ques	65
A. — Deux manifestations d'un même syndrome.	
	65
B. — Syndrome gastro-cutané	
	67
C. — Considérations thérapeutiques	
	75
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

